

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

MARCELA ALMEIDA BAPTISTINI

**TRABALHADORES DO SETOR DE ROCHAS ORNAMENTAIS: VIDA,
TRABALHO, SAÚDE E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

VITÓRIA

2009

MARCELA ALMEIDA BAPTISTINI

**TRABALHADORES DO SETOR DE ROCHAS ORNAMENTAIS: VIDA,
TRABALHO, SAÚDE E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Henrique Borges

VITÓRIA

2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

B222t Baptistini, Marcela Almeida.
Trabalhadores do setor de rochas ornamentais: vida, trabalho,
saúde e acesso aos serviços de saúde / Marcela Almeida
Baptistini. – 2009.
185 f. : il.

Orientador: Luiz Henrique Borges.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde do trabalhador. 2. Acesso aos serviços de saúde . 3.
Condições de trabalho. I. Borges, Luiz Henrique. II. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU:61

MARCELA ALMEIDA BAPTISTINI

**TRABALHADORES DO SETOR DE ROCHAS ORNAMENTAIS: VIDA,
TRABALHO, SAÚDE E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em ____ de _____ de 2009.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Prof^a. Dr^a. Maria das Graças Barbosa Moulin
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a Dr^a. Eliana Zandonadi
Universidade Federal do Espírito Santo

A todos os trabalhadores do setor de rochas ornamentais. Homens de bem, que, diariamente, colocam à prova sua saúde e sua vida em prol do bem-estar dos seus.

AGRADECIMENTOS

Tudo o que somos e o que sabemos hoje, um dia nos foi ensinado por alguém. Pessoas essas que merecem os nossos imensos agradecimentos.

Por isso, agradeço primeiramente aos meus pais, que me ensinaram os valores que hoje me fazem conduzir a vida com dignidade, honestidade e compromisso. Esses me proporcionaram inclusive a oportunidade de fazer esse curso de mestrado, valorizando-me como pessoa e como profissional.

Junto a eles agradeço ao companheirismo de meu irmão, que desfruta da mesma maravilhosa criação que tive e que, ao longo da vida, vem me fazendo companhia e me incentivando. Torço para que também conquiste coisas maravilhosas em sua vida.

Sou muito grata ao apoio, incentivo e carinho que Rafael me deu ao longo de toda a minha jornada. Considero-o como um dos grandes pilares das minhas conquistas.

Não menos importante foi o apoio “logístico” e emocional que Denise e Dilcéia me deram, sempre com as portas de suas casas abertas carinhosamente para me acolher e ajudar.

Lembro-me de um fato ocorrido ainda quando criança, em que eu, meu pai e meu irmão caminhávamos em meio a uma plantação de café para chegar a um pé de mexerica, bem no alto do morro. Nessa caminhada, meu pai ia à frente, afastando o mato com as mãos, e nos orientava a pisar no lugar em que ele havia acabado de retirar os pés, evitando que pisássemos em espinhos e fôssemos picados por algum inseto ou réptil. Assim foram todos os nossos passeios, até que eu e meu irmão crescêssemos e aprendêssemos onde poderíamos “pisar”.

Descrevo essa história como uma analogia à minha relação com meu “orientador”, que, assim como meu pai, soube conter minha ansiedade em terminar logo, fazendo-me andar por caminhos mais longos, os quais proporcionaram a construção de um conhecimento sólido. Orientou de fato a construção de uma forma de pensar: ele me fez pisar nos lugares certos e no tempo adequado, fazendo-me aproveitar ao máximo as etapas necessárias para que hoje eu chegasse à conclusão deste trabalho. Além disso, preparou-me para que, daqui para frente, eu possa continuar

evoluindo na construção do conhecimento. Obrigada pela dedicação e pelo carinho com que me recebeu ao longo desse tempo.

Agradeço imensamente aos trabalhadores que se dispuseram a abrir a intimidade de seus lares para contribuir com a formação do conhecimento. Espero que o trabalho possa colaborar com o processo de melhoria das condições de trabalho e de acesso aos serviços de saúde no distrito. Em especial, ao Paulinho e sua esposa Rosa, que me acolheram com imenso carinho em sua residência.

Agradeço a todos os professores do mestrado, que, além de transmitir o conhecimento, proporcionaram momentos de reflexão, o que, para mim, foi imprescindível no amadurecimento pessoal e profissional.

Em especial, agradeço à grande contribuição dada pela professora Eliana Zandonadi e pela professora Maria das Graças Barbosa Moulin, que, desde a qualificação, vêm contribuindo para o aperfeiçoamento do trabalho.

Aos colegas de turma, meus sinceros agradecimentos. Foi muito bom poder ter vocês como companheiros, tanto dentro quanto fora de sala. Além de colegas de profissão, laços de amizade também se formaram. Em especial à amiga Nathalia, que desde a graduação vem compartilhando comigo todo esse processo de construção; e aos amigos Thiago, Alice Emília e Marcelo (Sal), pessoas igualmente especiais.

Além desses amigos, sempre pude contar com as amigas Lorena e Mirian. Nós, junto com Nathalia, formamos uma rede de amizade e apoio, criamos um laço tão forte que poucos possuem igual. Obrigada, amigas! É muito bom saber que vocês estão por perto, mesmo que, agora, geograficamente distantes.

Enfim, a todos os familiares e amigos que me apoiaram e torceram por mais uma etapa de minha vida.

“Sei que não dá para mudar o começo, mas, se a gente quiser, vai dar para mudar o final”

Ana Carolina

RESUMO

O processo saúde-doença de uma população é determinado socialmente, sendo o trabalho um fator que influencia fortemente o perfil de morbi-mortalidade dos indivíduos. **Objetivo:** Estudar as condições de trabalho, saúde e acesso aos serviços de saúde referidos pelos trabalhadores da indústria de rochas ornamentais, moradores do distrito de Itaóca Pedra - Cachoeiro de Itapemirim / ES. **Metodologia:** Estudo quantitativo, de caráter descritivo e delineamento transversal, envolvendo os trabalhadores do setor de rochas ornamentais. Os dados foram coletados através de questionário, aplicado diretamente no domicílio do trabalhador, constando de quatro partes: caracterização sócio-demográfica e do domicílio; morbidade referida e acesso aos serviços de saúde; hábitos de vida; e perfil de inserção/organização do trabalho e cargas de trabalho referidas. Foram alvos da pesquisa 187 trabalhadores, selecionados a partir de sorteio em base de dados do sindicato dos trabalhadores da categoria, de onde foi calculada a amostra mínima. Os dados foram tabulados e analisados de forma descritiva e se buscou, através da estatística analítica, a relação entre variáveis. **Resultados:** Dentre os vários aspectos abordados na pesquisa, destaca-se o grande percentual de trabalhadores que referiram a presença de algum sinal ou sintoma nos quinze dias anteriores à entrevista e também nos últimos doze meses, 45,5% e 44,9%, respectivamente. Além disso, o percentual de acidente de trabalho entre os trabalhadores também foi bastante alarmante, 49,2%. Do ponto de vista do acesso aos serviços de saúde, quando apresentaram problemas de saúde, o pronto atendimento público foi o mais procurado para morbidade aguda, enquanto que os consultórios médicos privados foram mais procurados para a morbidade crônica. **Conclusão:** Os altos percentuais de morbidade referida revelam diretamente a grave situação de saúde em que os trabalhadores se encontram, considerando que a concepção de saúde dos mesmos se resume em aptidão para o trabalho, e, indiretamente, revelam as condições inadequadas em que o trabalho é realizado, proporcionando, assim, esse tipo de perfil. Além disso, o serviço de atenção básica do distrito não se constitui numa referência para atenção à saúde destes trabalhadores.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Rochas Ornamentais, Morbidade Referida.

ABSTRACT

Health-disease process of a given population is socially determined; employment status exerts great influence over the morbidity-mortality profile of individuals.

Objectives: This study aims to elucidate work conditions, health profile and access to health services as referred by workers of the ornamental rocks mining industry from Itaóca Pedra – Cachoeiro do Itapemirim / ES. **Methods:** This is a quantitative, descriptive, cross sectional study with a sample of workers from the ornamental rocks mining industry. Data was collected through the application of a four stage questionnaire at sample's individual's homes; the four stages were: sociodemographic characterization of individuals and homes, referred morbidity and access to health services, lifestyle, referred employment status and work shifts. 187 workers were randomly drawn from the Rock Mining Industry Workers Union database to compose the study's sample; minimum sample size was calculated for this. Information was organized and analyzed using descriptive methods and through analytical statistics the relationship between variables was determined. **Results:** Among all aspects approached by this study, the great percentage of workers who referred having any sort of sign or symptom over the previous 15 days and latest 12 months (45.5% and 44.9% respectively) should be highlighted for its magnitude. Also, the percentage of workers who referred ever being involved in work accidents (49.2%) was alarming. Acute morbidities led workers more often to seek health care in emergency rooms while chronic morbidities were more often treated by private health care professionals. **Conclusions:** High percentages of referred morbidities expose how critical the health status of the studied workers is. It becomes even more serious if related to their poor concept of health as being solely aptitude for work; this concept indirectly reveals inadequate work conditions experienced by these, therefore legitimizing the observed profile. Also, the public basic care unit of this district is not considered a reference for health care by these workers.

Key words: Occupational Health. Ornamental Rocks. Morbidity, Referred.

LISTA DE SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

PNSST - Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho

RENAST - Rede Nacional de Assistência Integral à Saúde do Trabalhador

ESF - Estratégia de Saúde da Família

CRST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

PIB - Produto Interno Bruto

DRT - Delegacia Regional do Trabalho

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

SINDIMARMORE - Sindicato dos Trabalhadores em Indústria de Extração e Beneficiamento do Mármore, Granito e Calcário do Espírito Santo

IDEIES - Instituto de Desenvolvimento Educacional e Industrial do Espírito Santo

FUNDACENTRO - Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

CEB's - Comunidades Eclesiásticas de Base

CNAE - Classificação Nacional de Atividades Econômicas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CID 10 - Classificação Internacional das Doenças, 10ª revisão

EMESCAM - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

USF - Unidade de Saúde da Família

EPI - Equipamento de Proteção Individual

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

PSF - Programa de Saúde da Família

PA - Pronto Atendimento

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Infraestrutura de serviços urbanos referidos por trabalhadores do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	87
Quadro 2 - Ramo de atividade das empresas em que o trabalhador do setor de rochas ornamentais encontra-se inserido. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	93
Quadro 3 - Disponibilidade de infra-estrutura nas empresas para atender ao trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	94
Quadro 4 - Ocorrência de exposição dos trabalhadores do setor de rochas ornamentais a fatores ambientais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	94
Quadro 5 - Ocorrência de aspectos do trabalho presentes nos ambientes de trabalho no setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	95
Quadro 6 - Tipo de acidente de trabalho relatado por trabalhadores no setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	100
Quadro 7 - Tipos de problemas de saúde apresentados nos 15 dias anteriores à entrevista pelos trabalhadores do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	106
Quadro 8 - Tipos de problemas de saúde apresentado nos últimos 12 meses anteriores à entrevista pelo trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	109
Quadro 9 - Aspectos do trabalho relacionados à morbidade referida aguda nos trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	112
Quadro 10 - Aspectos do trabalho relacionados à morbidade referida crônica	

nos trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	113
Quadro 11 - Aspectos do trabalho que o trabalhador do setor de rochas ornamentais considera prejudiciais à sua saúde. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	113
Quadro 12 - Como o trabalhador do setor de rochas ornamentais se sente ao final de sua jornada diária de trabalho. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	114
Quadro 13 - Sugestões apresentadas pelo trabalhador para melhoria no atendimento nos serviços de saúde oferecidos pela Unidade de Saúde da Família (USF). Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	124

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Empresas cadastradas por tipo de atividade e região no Espírito Santo.....	39
Figura 2 - Etapas do ciclo de produção no setor de rochas ornamentais.....	42
Figura 3 - Divisão político-administrativa do município de Cachoeiro de Itapemirim.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos trabalhadores do setor de rochas ornamentais, segundo raça/cor, procedência e estado civil. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	85
Tabela 2 - Distribuição dos trabalhadores do setor de rochas ornamentais, segundo propriedade do domicílio. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	88
Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores segundo tipo de atividade ocupacional anterior ao setor de rochas e ocorrência de trabalho complementar. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	90
Tabela 4 - Distribuição dos trabalhadores do setor de rochas ornamentais, segundo profissão/ocupação. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	91
Tabela 5 - Distribuição dos trabalhadores do setor de rochas ornamentais segundo turno de trabalho. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	95
Tabela 6 - Realização de pausas para lanches e refeições no horário de trabalho. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	96
Tabela 7 - Distribuição das horas extras realizadas pelo trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	96
Tabela 8 - Distribuição de aspectos do trajeto de ida e retorno ao trabalho do trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES. Agosto - Novembro 2008.....	97
Tabela 9 - Distribuição da ocorrência de acidente de trabalho com trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES.	

Agosto - Novembro 2008.....	99
Tabela 10 - Emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	101
Tabela 11 - Distribuição da avaliação do estado de saúde pelo trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	102
Tabela 12 - Posse de plano de saúde e tipo de plano de saúde do trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	104
Tabela 13 - Distribuição da ocorrência de problemas de saúde apresentados nos últimos 15 dias anteriores à entrevista pelo trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	104
Tabela 14 - Distribuição da ocorrência de problemas de saúde apresentados pelo trabalhador do setor de rochas ornamentais que tenham levado à busca por atendimento de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	108
Tabela 15 - Distribuição da ocorrência de afastamento do trabalho decorrente do problema de saúde agudo apresentado pelo trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	110
Tabela 16 - Distribuição da ocorrência de relação entre trabalho e problema de saúde feita pelo profissional de saúde que atendeu o trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	111
Tabela 17 - Distribuição da procura de atendimento de saúde em decorrência do(s) problema(s) agudo(s) de saúde apresentado(s) pelo trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	116
Tabela 18 - Distribuição do local onde o trabalhador do setor de rochas	

ornamentais buscou atendimento para agravo agudo à saúde. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	117
Tabela 19 - Distribuição dos locais onde os trabalhadores realizaram acompanhamento periódico em decorrência de problema de saúde crônico. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	119
Tabela 20 - Distribuição do uso contínuo de medicação para controle de doença crônica. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	120
Tabela 21 - Distribuição da utilização, pelo trabalhador, dos serviços de saúde oferecidos pela Unidade de Saúde da Família (USF) de Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	121
Tabela 22 - Distribuição da percepção do trabalhador sobre sua satisfação com os serviços de saúde oferecidos pela Unidade de Saúde da Família de Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	122
Tabela 23 - Acesso ao serviço de saúde de Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	126
Tabela 24 - Distribuição da ocorrência de dispensa do trabalho para busca de atendimento de saúde. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	126
Tabela 25 - Distribuição da ocorrência de respeito dos profissionais de saúde do distrito de Itaóca Pedra para com o trabalhador. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.....	127
Tabela 26 - Distribuição dos trabalhadores segundo terem referido apresentar problemas de saúde nos 15 dias anteriores à pesquisa, média e desvio padrão das variáveis quantitativas estudadas. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES. Agosto – Novembro 2008.....	128
Tabela 27 - Distribuição dos trabalhadores pela ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias, segundo auto-avaliação do estado de saúde e a consideração de que recebem uma boa remuneração pelo trabalho. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES. Agosto – Novembro 2008.....	130

Tabela 28 - Distribuição dos trabalhadores pela ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias, segundo exposição à poeira, exposição a excesso de claridade e exposição ao sol. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES. Agosto – Novembro 2008.....	131
Tabela 29 - Distribuição dos trabalhadores segundo terem referido apresentar problemas de saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa, média e desvio padrão das variáveis quantitativas estudadas. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES. Agosto – Novembro 2008.....	132
Tabela 30 - Distribuição dos trabalhadores pela ocorrência de problemas de saúde nos últimos 12 meses, segundo estado civil, auto-avaliação do estado de saúde, realização de atividade física fora do trabalho e realização de atividades de lazer. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES. Agosto – Novembro 2008.....	134
Tabela 31 - Distribuição dos trabalhadores pela ocorrência de problemas de saúde nos últimos 12 meses, segundo utilização dos serviços da USF do distrito e opinião sobre possibilidade de melhora da USF para atendimento ao trabalhador. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES. Agosto – Novembro 2008.....	135
Tabela 32 - Distribuição dos trabalhadores pela ocorrência de problemas de saúde nos últimos 12 meses, segundo turno de trabalho, realização de horas extras, cooperação dos colegas de trabalho e exposição ao sol. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES. Agosto – Novembro 2008.....	137

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	OBJETIVOS	24
2.1	OBJETIVO GERAL	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
3.1	DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	25
3.2	DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA RELAÇÃO ENTRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E O TRABALHO.....	28
3.3	CARGAS DE TRABALHO E DESGASTE DO TRABALHADOR.....	33
3.4	PROCESSO DE PRODUÇÃO E TRABALHO NO SETOR DE ROCHAS ORNAMENTAIS.....	37
3.4.1	Importância social da indústria de rochas ornamentais	37
3.4.2	Desenvolvimento histórico da exploração mineral no sul do Espírito Santo.....	40
3.4.3	Organização do processo de produção e trabalho.....	42
3.4.4	Trabalho e saúde no setor de rochas ornamentais.....	46
3.5	POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR.....	49
3.5.1	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST).....	51
4	METODOLOGIA.....	57
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	57
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	57
4.3	POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA.....	59

4.3.1	Processo de Amostragem.....	60
4.4	INSTRUMENTO.....	61
4.5	PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....	63
4.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	66
4.6.1	Caracterização sócio-demográfica e do domicílio.....	66
4.6.2	Morbidade referida e acesso aos serviços de saúde.....	68
4.6.3	Hábitos de vida.....	76
4.6.4	Perfil de inserção/organização do trabalho e cargas de trabalho referidas.....	77
4.7	ANÁLISE DE DADOS.....	83
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	84
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	85
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SETOR DE ROCHAS ORNAMENTAIS.....	85
5.1.1	Aspectos Sociodemográficos dos Trabalhadores.....	86
5.1.2	Aspectos Relacionados à Situação Domiciliar do Trabalhador.....	87
5.1.3	Aspectos Relacionados aos Hábitos de Vida dos Trabalhadores.....	88
5.1.4	Aspectos da Inserção no Trabalho do Setor de Rochas Ornamentais.....	90
5.1.5	Condições de Trabalho Percebidas pelos Trabalhadores.....	93
5.1.5.	Ocorrência de acidentes de trabalho.....	99
5.2	CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS TRABALHADORES.....	102
5.2.1	Morbidade referida aguda.....	104
5.2.2	Morbidade referida crônica.....	107
5.2.3	Afastamento do trabalho devido à morbidade.....	110
5.2.4	Reconhecimento da relação entre morbidade e atividade ocupacional.....	110
5.3	RECURSOS DE SAÚDE UTILIZADOS PELOS TRABALHADORES	115

5.3.1	Recursos de saúde utilizados pelos trabalhadores que apresentaram morbidade referida aguda.....	116
5.3.2	Recursos de saúde utilizados pelos trabalhadores que apresentaram morbidade referida crônica.....	119
5.3.3	Utilização do Programa de Saúde da Família (PSF) do distrito.....	120
5.4	ASSOCIAÇÃO ENTRE MORBIDADE REFERIDA E CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO DOS TRABALHADORES	128
5.4.1	Morbidade referida aguda e condições de vida e trabalho dos trabalhadores.....	128
5.4.2	Morbidade referida crônica e condições de vida e trabalho dos trabalhadores.....	132
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	138
7	REFERÊNCIAS.....	145
	ANEXOS.....	151
	APÊNDICES.....	152

1 INTRODUÇÃO

As populações ao redor do mundo, e até mesmo dentre diferentes regiões de um país ou cidade, possuem perfis de morbidade próprios e diferenciados dentre elas, o que ocorre principalmente por fatores determinados pela forma diferenciada em que estão inseridos no meio social. Os diferentes ambientes em que os indivíduos se encontram são permeados por questões como cultura, política, educação, emprego e violência, determinando, assim, juntamente a outros aspectos, os processos saúde-doença.

Dando ênfase ao trabalho como um dos fatores determinantes do processo saúde-doença entre as categorias profissionais, percebe-se que, ao longo dos anos, os processos de trabalho se intensificaram e sofreram modificações, com o surgimento do capitalismo e da indústria e, mais recentemente, do processo de globalização dos mercados. As novas exigências do mercado trouxeram grandes alterações na organização e divisão do trabalho, que deixou o seu caráter artesanal para ser mecanizado ou automatizado, levando, dentre outros fatores, a práticas de trabalho fragmentadas e repetitivas (MENDES E DIAS, 1991).

A substituição do homem pelas máquinas, além dos fatores acima citados, intensificou as constantes pressões psíquicas decorrentes do medo do desemprego e de cobranças – relacionadas principalmente ao objetivo de aumentar a produção. Sendo assim, surgem novos perfis de adoecimento dos trabalhadores, o que desencadeia uma demanda específica para os serviços de saúde.

No Brasil, a assistência à saúde da maioria dos trabalhadores é garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST) e da Rede Nacional de Assistência Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com o fortalecimento da assistência aos trabalhadores na atenção primária, via Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Centros de Referências em Saúde do Trabalhador (CRST) - esses, funcionando como retaguardas técnicas regionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Tendo em vista as características do complexo processo saúde-doença dos trabalhadores e a garantia de atendimento desses pelo serviço público de saúde, a presente pesquisa tem por objeto o estudo das condições de trabalho, saúde e acesso aos serviços de saúde dos trabalhadores da indústria de rochas ornamentais, moradores do distrito de Itaóca Pedra, no município de Cachoeiro de Itapemirim / ES.

De acordo com dados da prefeitura municipal, o município de Cachoeiro de Itapemirim é reconhecido nacional e internacionalmente por ser um dos maiores pólos mundiais de extração e beneficiamento de rochas ornamentais, sendo que o distrito de Itaóca Pedra é a localidade de maior produção no município. Aliado a isso, o setor possui elevada importância nas economias do município e do Estado, gerando grande participação no Produto Interno Bruto (PIB) industrial capixaba, além de grande número de empregos diretos e indiretos e muitos tributos em favor do Estado.

Além de seus benefícios econômicos para o Estado, a indústria de rochas ornamentais também é conhecida pelo grande número de acidentes com mutilações e mortes, bem como pelos processos de adoecimento dos trabalhadores e da população em geral - principalmente das crianças, que sofrem com a grande quantidade de poeira proveniente da degradação e da poluição ambiental em decorrência da atividade. Esses aspectos se configuram como mais um reflexo da exploração mineral. Tal retrato, envolvendo o árduo processo de trabalho no setor, que, muitas vezes, é executado de uma forma arcaica, desordenada e sem orientação, é alvo de inúmeras denúncias nos órgãos públicos, sindicatos e Delegacias Regionais do Trabalho (DRT), além da divulgação em mídia local e até mesmo nacional.

Dito isso, justifica-se a realização da presente pesquisa inicialmente pelo interesse pessoal sobre o conhecimento e análise da situação de saúde dos trabalhadores da indústria de rochas ornamentais, que surgiu a partir do meu trabalho de conclusão do curso de Enfermagem e Obstetrícia, pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), onde tive um maior contato com os trabalhadores do setor, pesquisando os distúrbios músculos-esqueléticos que os acometiam.

Ademais, é de grande relevância o conhecimento do perfil de morbidade e das condições de trabalho e acesso aos serviços de saúde dos trabalhadores da indústria de rochas ornamentais, para, a partir disso, poder verificar a eficiência das ações de saúde ofertadas no serviço de saúde local e subsidiar o planejamento de ações específicas e coerentes com as necessidades de saúde desses trabalhadores.

Vale ressaltar, também, a importância social da realização desta pesquisa na indústria de rochas ornamentais, considerando o grande descaso com as questões relacionadas aos trabalhadores, dentre elas a saúde. Atualmente, sabe-se que a maioria das pesquisas realizadas no setor são voltadas para benefício do empregador e não dos trabalhadores, sendo que as pesquisas preocupadas de fato com a saúde dessa classe de trabalhadores se resumem a poucos estudos realizados no Estado (AGUIAR, 1995; MOULIN, 2006; BAPTISTINI, 2006). Dessa forma, justifica-se a relevância de um levantamento de questões acerca das condições de trabalho, saúde e acesso aos serviços de saúde em um setor de grande importância no contexto nacional, estadual, municipal e, principalmente, local, já que o setor é gerador da grande maioria dos postos de trabalho do distrito, além de muitos benefícios comerciais e tributários para o município e o Estado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Estudar as condições de trabalho, saúde e acesso aos serviços de saúde referidos pelos trabalhadores da indústria de rochas ornamentais, moradores do distrito de Itaóca Pedra - Cachoeiro de Itapemirim / ES.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar as prevalências de morbidade referida aguda e crônica;
- Delinear o perfil de agravos à saúde dos trabalhadores;
- Identificar os recursos de saúde utilizados pelos trabalhadores;
- Delinear o perfil de condições de trabalho referidas;
- Estabelecer possíveis associações entre condições de trabalho referidas e ocorrência de morbidade referida.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A elaboração de conceitos sobre o processo saúde-doença e a forma de atender às necessidades individuais e coletivas dele advindas vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos, pela população e por diversos autores, em diferentes áreas do conhecimento. A alteração desses conceitos, ao longo dos anos, remete a uma grande complexidade relacionada ao sentido de saúde e de doença, sendo influenciada pela inserção dos indivíduos nos diferentes grupos e classes em que a sociedade está organizada.

No campo da Saúde Coletiva, o desenvolvimento dessas concepções vem contemplando os determinantes do processo saúde-doença em sua totalidade, destacando, dessa forma, que tal processo, vivido de forma diferenciada pelos diversos grupos sociais, está relacionado não só aos seus processos biológicos, mas também às percepções, vivências e representações de cada indivíduo ou grupo.

Deve ser acrescentado ainda que essa concepção foi formada a partir da influência de pensadores marxistas, embasados em uma intensa luta social de reivindicação das massas desfavorecidas, por melhores condições de vida e trabalho.

O processo saúde-doença é determinado pelas condições de vida e de trabalho em que indivíduos e coletividades vivem. Tais condições, por sua vez, são decorrências das relações estabelecidas pelos diferentes grupos e classes sociais, acompanhando as mudanças econômicas, políticas e sociais ocorridas na história (CARDOSO; GOMES, 2000).

Assim, as condições de vida das coletividades são determinadas de acordo com a sua inserção em uma determinada classe social, o que está intimamente relacionado com a forma de inserção dos indivíduos nos meios de produção, capacitando-os para a promoção de um suporte social e econômico, podendo também trazer

prejuízos para a sua saúde. Como demonstra Breilh (1994), a distribuição desigual de riquezas pelos grupos sociais impede que grandes extratos populacionais tenham acesso às condições necessárias à vida e à saúde, deteriorando seus processos biológicos:

[...] as leis de acumulação subjugam os interesses das maiorias, polarizam a riqueza, concentram o acesso aos bens e impõem formas políticas e culturais que determinam o aparecimento dos processos destrutivos à saúde, porque se contrapõe dialeticamente aos processos de desenvolvimento biológico, dominando-os, restringindo-os e deteriorando-os sistematicamente. A longo prazo, as consequências dessa deterioração global se concentram e transmitem geneticamente e, a curto prazo, expressam-se no avanço e diversificação permanentes de condições fisiopatológicas, psicopatogenicas e, em seu conjunto, com a manifesta deterioração dos perfis de saúde-doença (BREILH, 1994, p.142).

A deterioração das condições de saúde das coletividades é resultado da produção econômica e reprodução social dessas coletividades, sendo que, de acordo com Laurell (1983), essa determinação se faz muito mais pelas relações sociais de produção existentes nas sociedades e pelo suporte social que o Estado oferece ao seu povo do que pelo grau de desenvolvimento econômico das nações. Tal fato pode ser confirmado pela autora através de um estudo comparativo dos perfis patológicos¹ do México, Cuba e Estados Unidos, países com estruturas sociais e econômicas distintas.

Para melhor compreender esse processo, particularmente nos aspectos da relação entre indivíduo e coletividade, é necessário recorrer a dados históricos sobre a evolução das noções relacionadas ao processo saúde-doença desde o surgimento das idéias e práticas da Medicina Social.

A Medicina Social nasceu no final do século XVIII, na Europa, preocupada com a determinação do processo saúde-doença decorrente da industrialização e urbanização desordenadas, o que desencadeava condições de vida e trabalho inadequadas, causando, assim, desgaste, doenças e muitas mortes (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

¹ Perfil patológico se constitui considerando os tipos de patologia e sua frequência, que determinado grupo apresenta em um dado momento (LAURELL, 1983).

No entanto, no início do século XIX, com a descoberta das bactérias e dos antibióticos, foi deflagrada uma guinada na forma de explicação das doenças pela medicina tradicional. Esse período foi marcado pela utilização do modelo monocausal na determinação das doenças, que relacionava o aparecimento da doença com o desequilíbrio provocado pela interação entre um indivíduo e um agente etiológico específico, sendo que a cura das doenças estava em intervir nesse ciclo através de medicamentos e vacinas. Essa forma de enxergar a doença teve grande impacto na evolução dos ideais defendidos pela Medicina Social e, conforme Gutierrez e Oberdiek, (2001, p.21), “[...] para as ciências dominantes, a bacteriologia veio liberar a medicina dos complexos determinantes econômicos, sociais e políticos [...]”.

Com o passar do tempo, as taxas de morbidade e de mortalidade por doenças já conhecidas continuavam a crescer e novas patologias surgiam, demonstrando a ineficácia do modelo monocausal e a necessidade de um olhar mais amplo para os fatores determinantes das doenças.

No início do século XX, surge o modelo multicausal, que defende a determinação da doença a partir da interação de diversos fatores de risco: ambientais, genéticos, sociais, dentre outros. Esse modelo, apesar do grande avanço que trouxe, acabava por reduzir o social a mais um fator de risco, sem considerar qualquer hierarquia entre eles.

Apesar das importantes considerações trazida pelo modelo multicausal, percebeu-se que as doenças avançavam em quantidade e gravidade, além de terem seus perfis alterados e diferenciados ao longo da história e nos diferentes grupos sociais.

Considerando tais aspectos, ressurgiu, no final dos anos 60, a polêmica sobre o caráter da doença, já que o paradigma da medicina tradicional se chocava, cada vez mais, com as idéias defendidas pela Medicina Social.

Esse embate surge em meio a uma intensa crise política, social e econômica, na qual os grupos sociais questionavam o Estado sobre a forma de encarar e intervir nas situações sociais. Associado a isso, a medicina tradicional encontrava grande dificuldade na geração de conhecimento científico e também na resolução dos crescentes problemas de saúde, fruto da organização da sociedade (LAURELL, 1983).

A partir desse momento, a Medicina Social amplia suas concepções para constituir a Saúde Coletiva, embasada nos conhecimentos científicos de outras disciplinas, principalmente das Ciências Sociais, aprofundando-se na geração e difusão de conhecimentos e práticas, relacionados ao processo saúde-doença nas coletividades.

Atualmente, a geração de conhecimento acerca da determinação social do processo saúde-doença é levada adiante por vários autores em todo o mundo (MINAYO, 1988; BREILH, 1994; ROUQUAYROL, 1999; LAURELL, 1983; ALMEIDA, 1998), que enfatizam a complexidade da determinação desse processo e a necessidade de um olhar interdisciplinar para a resolução do mesmo.

A concepção marxista continua a influenciar fortemente o campo da Saúde Coletiva, já que se configura como a base da compreensão do processo saúde-doença em sua determinação social. Para Breilh (1994), os objetos de estudos da Saúde Coletiva, realmente transformadores da realidade, não abstraem as propriedades das partes do todo em que essas existem, mas sim as observa como produto de sua vinculação com o todo. Isso faz com que o processo saúde-doença seja intrínseco ao todo social e com que os fenômenos epidemiológicos observados se configurem como dimensões da realidade, com história e futuro.

Dessa forma, consideramos, neste trabalho, a concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente, de acordo com a cultura e história dos diferentes grupos e classes sociais, o que significa que todos os aspectos da vida de uma pessoa ou coletividade são produtos do meio e das relações existentes nele, de acordo com suas variações ao decorrer dos anos.

Dito isso, observa-se que o processo saúde-doença, acompanhando o processo de reestruturação espacial, populacional e social, encontra-se em constante evolução e transformação, assim como os conceitos que o enquadram.

3.2 PROCESSO HISTÓRICO DA RELAÇÃO ENTRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E O TRABALHO

O trabalho é a atividade utilizada pelo homem para intervir na natureza, buscando satisfazer suas necessidades. Consequentemente, transforma o próprio homem, seja nas suas relações com outros indivíduos, com o meio e com o seu próprio equilíbrio biopsicológico, implicando transformações também para a sociedade onde vive. Como afirma Rigotto (1993), as transformações realizadas pelo homem na natureza foram o ponto de partida para a construção das sociedades e também de suas contradições, como é o caso das doenças e da própria degradação ambiental.

Os impactos do processo de trabalho na saúde dos trabalhadores se dão a partir das condições específicas de trabalho - que se constituem nos aspectos físicos, químicos e biológicos do ambiente de trabalho (temperatura, vibrações, radiações, poeira, ruídos, dentre outros) - e das formas de organização do trabalho - que dizem respeito à divisão técnica e social do trabalho, como, por exemplo, a hierarquia interna dos trabalhadores, o controle por parte da empresa do ritmo e as pausas de trabalho (COHN; MARSIGLIA,1993). Dessa forma, as condições e a organização do trabalho repercutem diretamente sobre a saúde do trabalhador, podendo trazer alterações tanto físicas como mentais, o que gera sofrimento psíquico, doenças mentais e físicas.

Segundo Borges (1999), através da observação dos processos de trabalho em diferentes sociedades na história humana, é possível compreender as formas concretas de existência dos seres humanos, de como desenvolveram modos diferenciados de produção material, de relações sociais e de valores humanos.

Nos últimos 300 anos, pode-se observar uma transformação continua no processo e na organização do trabalho do modo de produção capitalista. Inicialmente, destacou-se a cooperação simples, em que a divisão do processo de trabalho ainda era incipiente e semelhante ao trabalho artesanal, o que permitia liberdade de movimentos e a criatividade do trabalhador. Posteriormente institui-se o período da manufatura, marcada pelo início da parcialização e desqualificação do trabalho, o que gerou consequentemente atividades de trabalho monótonas e repetitivas. Com o avanço tecnológico, surge a era da maquinaria, caracterizada principalmente pela substituição da força física bruta pelas máquinas, levando a imposição de tempos e ritmos predeterminados na execução das tarefas e implicando novos padrões de desgaste para o trabalhador (COHN; MARSIGLIA,1993).

Tais avanços no processo produtivo impulsionaram a Revolução Industrial, ocorrida no século XIX, na Inglaterra, que se constituiu como um grande marco histórico na mudança radical da forma de se organizar e alocar a força de trabalho. A partir daí, são criadas as condições materiais e políticas que fazem prevalecer este modo de produção que visa, acima de tudo, ao acúmulo de capital produzido através da exploração do trabalho de “homens livres”.

Esse período é marcado pela desvinculação entre o trabalho e o universo doméstico, ou seja, o trabalho passou a ser executado nas indústrias, sendo que a ele era determinado um valor, inferior ao montante de valor por ele produzido, gerando, dessa forma, excedentes, denominados de mais-valia. Tal mudança marcou a expansão do capitalismo e tinha como principal objetivo o acúmulo de capital a partir da exploração da força de trabalho dos trabalhadores (COHN; MARSIGLIA,1993).

O ritmo de trabalho intenso, as cargas horárias desumanas e extensas, a inexistência de pausas, as precárias condições de higiene no ambiente de trabalho, dentre outros artifícios usados para produção da mais-valia, provocaram um grande desgaste nos trabalhadores, desencadeando alta incidência de doenças, acidentes e mortes.

Atualmente, a produção industrial é caracterizada pelo processo de automação, que é marcado por uma intensa tecnologização dos processos produtivos e redução acentuada da participação da força de trabalho. O grande avanço tecnológico faz com que as tarefas executadas pelos trabalhadores se restrinjam, quase que totalmente, à vigilância do processo produtivo, executado por máquinas com alta tecnologia. Esse modo de produção implica, muitas vezes, imobilidade, monotonia e grande concentração, situações geradoras de tensão e desencadeadoras de fadiga, estresse e outras patologias relacionadas ao desgaste psicossomático do trabalhador (COHN; MARSIGLIA,1993).

Além dessas conseqüências trazidas pelo modo de produção, a lógica capitalista traz a tona a precariedade das atividades laborativas, através do aumento do esforço, das responsabilizações, das individualizações e da cobrança de um trabalho segundo os preceitos de "metas" e "competências". A submissão a essa realidade é impulsionada, cada vez mais, pelo desemprego estrutural e pela proliferação da informalidade dos postos de trabalho (ANTUNES, 2008).

Dessa forma, o capitalismo, hoje predominante no mundo, é consequência de uma intensa alteração nos meios de produção e nas formas de organização e divisão do trabalho, impostas pelos padrões de produção e consumo da sociedade.

Um olhar mais aprofundado em direção a todo esse processo de evolução tecnológica e alterações constantes na organização e divisão do processo de trabalho permite enxergar um outro lado, aquele que se refere à modificação constante do processo saúde-doença relacionado ao trabalho, assim como a forma de assistência prestada aos trabalhadores ao longo dos anos.

Consequência desse processo, o perfil de adoecimento do trabalhador vem se alterando com o passar do tempo. Durante a Revolução Industrial, as doenças relacionadas ao trabalho se materializavam principalmente nas doenças infecto-contagiosas e mutilações, reflexo das péssimas condições de trabalho a que os trabalhadores eram submetidos. Com a introdução de máquinas e a tecnologização industrial, um novo perfil de adoecimento se configurou, marcado pelas alterações psíquicas e mentais, além das afecções articulares, resultado de um trabalho caracterizado, dentre outros aspectos, pela monotonia, repetição e pressões psíquicas (COHN; MARSIGLIA,1993).

Tentando acompanhar as alterações no processo saúde-doença e com isso minimizar os prejuízos trazidos pelo adoecimento e morte dos trabalhadores, configuraram-se ao longo dos anos as formas de assistência à saúde dos trabalhadores.

Tal processo se iniciou de maneira mais sistemática no período da Revolução Industrial, com a Medicina do Trabalho, personificada no profissional médico e que visava verificar o efeito do trabalho sobre o corpo e a saúde dos trabalhadores, propondo, dessa forma, meios de prevenir doenças e diminuir o absenteísmo. Essa medida se configurou muito mais como uma forma de evitar o adoecimento do trabalhador e de recuperá-lo rapidamente para a produção - e, com isso, promover o crescimento do capital - do que com a instituição de uma assistência realmente preocupada com a saúde e o bem-estar dos trabalhadores.

Como os processos produtivos - e, conseqüentemente, os processos saúde-doença - se encontram em constante modificação, a Medicina do Trabalho, focada no corpo

do trabalhador, tornou-se, com o passar dos anos, insuficiente na prevenção e tratamento das doenças.

A Medicina do Trabalho foi deflagrada em um período em que o processo de produção da indústria era bastante acelerado e causava muitas mortes e mutilações por acidentes de trabalho, além de adoecimentos relacionados à atividade de trabalho. Isso fez com que a Medicina do Trabalho desse lugar a uma nova forma de assistir aos trabalhadores, a Saúde Ocupacional.

A Saúde Ocupacional se constituiu como um modelo baseado na multicausalidade das doenças, sendo que seu foco de intervenção foi o ambiente de trabalho e tinha como maior finalidade o controle dos riscos ambientais.

Associado à ineficiência do modelo anterior e reforçado pelo avanço das idéias da Medicina Social e da Saúde Coletiva como um todo, durante os anos 60 e 70, a forma de determinação do processo saúde-doença pela Saúde Ocupacional passou a ser questionada. O novo olhar sobre os processos saúde-doença trazia uma dimensão social intrínseca, o que foi reforçado pelas lutas sociais da época, resultando em novas políticas sociais e, conseqüentemente, em leis trabalhistas mais abrangentes.

De acordo com Mendes e Dias (1991), a teoria da determinação social do processo saúde-doença passa a considerar o trabalho enquanto organizador da vida social, contribuindo para aumentar os questionamentos sobre as práticas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

Dessa forma, a Saúde do Trabalhador emergiu para romper com a visão utilizada nos modelos uni e multicausais de determinação do processo saúde-doença, baseados no vínculo causal entre a doença e um agente específico ou em sua relação com um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho. Passa-se a enfocar a determinação social do processo saúde-doença dos trabalhadores - principalmente, na valorização da sua subjetividade e da sua participação, a partir da compreensão do processo de trabalho em que estão inseridos e que determinou o uso de seus corpos, mente e imaginação, entre outros, de acordo com as necessidades de produção (MENDES; DIAS, 1991).

Segundo Lacaz (2007), características como a valorização dos saberes e vivências do trabalhador, articulando a sua subjetividade à importância no processo produtivo,

fazem com que o trabalhador tenha maior respaldo e capacidade para intervir e transformar a sua realidade no trabalho.

Dessa forma, os benefícios trazidos pelos avanços teórico-metodológicos do campo da Saúde do Trabalhador nos permite compreender a importância da valorização da participação do trabalhador como sujeito na produção de conhecimento e na luta pelas mudanças dos processos de trabalho inadequados, considerando que o trabalho é para ele mais que um meio de subsistência, configurando-se também como uma forma de construção e participação na sociedade.

Considerando a multiplicidade de fatores intrínsecos ao trabalho e aos sujeitos envolvidos nesse processo, as abordagens referentes à Saúde do Trabalhador, tanto em estudos científicos buscando conhecer a realidade e, conseqüentemente, intervir sobre ela, como nas práticas de saúde utilizadas pelos serviços empresariais e públicos, exigem um olhar e uma análise interdisciplinares, contemplando, assim, a complexidade desse objeto de estudo, que se materializa no próprio trabalhador.

3.3 CARGAS DE TRABALHO E DESGASTE DO TRABALHADOR

Laurell & Noriega (1989) propõem um novo modelo de análise do processo de trabalho, o de cargas de trabalho e desgaste. Esses autores defendem que a categoria de análise “carga de trabalho” busca compreender o processo de trabalho e os fatores que interatuam dinamicamente entre si e no corpo do trabalhador, sendo responsáveis pela adaptação do corpo do trabalhador a essas condições, gerando, assim, o processo de desgaste, que é entendido como a perda da capacidade potencial e efetiva corporal e psíquica do trabalhador.

Esse modelo busca romper com as concepções de riscos, fatores de riscos e limites de tolerância, entre outros, defendidos pela Medicina Social, Higiene do Trabalho e pela Epidemiologia que, apesar de trazerem uma nova forma de encarar o processo saúde-doença em sua relação com os processos de trabalho, não conseguem ultrapassar a visão uni e multicausal da determinação das doenças.

A criação da categoria de investigação e análise “carga de trabalho” teve seu início com o Modelo Operário Italiano, formulado por trabalhadores e profissionais de Turim, na Itália, nos anos 60, e sustentou a luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e saúde.

A investigação proposta pelo Modelo Operário Italiano é baseada em quatro pilares, constituídos por: valorização da subjetividade operária no processo de trabalho; não delegação na produção de conhecimento; levantamento das informações por grupos homogêneos de trabalhadores e validação consensual de informações.

A metodologia de investigação e análise utilizada é a de confecção de mapas de risco, que consiste na representação gráfica realizada pelos trabalhadores do local de trabalho, dos riscos e adoecimentos percebidos. A construção coletiva visa à produção de conhecimento, desencadeadora de transformações no processo de trabalho - melhorando, assim, a qualidade de trabalho e de vida dos trabalhadores. A confecção desses mapas é feita a partir de uma escala de riscos definida segundo Odone (1986, p.21-24):

Grupo 1: São os fatores que constituem características existentes na natureza e que estão alterados no ambiente de trabalho, como: luz, ruído, vibração, temperatura, ventilação, umidade e radiações;

Grupo 2: São os fatores que surgem pelo consumo das matérias primas no processo de produção, como: poeiras, gases, névoas, vapores e fumaças;

Grupo 3: Relacionado ao trabalho físico do corpo do trabalhador, em que o consumo de calorias e seus possíveis efeitos nocivos se relacionam com a fadiga;

Grupo 4: São os fatores que se relacionam com a forma como é organizada a produção, como: ritmos excessivos, repetitividade, monotonia, responsabilidades, posições incômodas e trabalho em turnos.

De acordo com Garcia Júnior (2006), a utilização dos mapas de risco no Brasil acabou se desvirtuando de sua utilidade primária, que é a apropriação do saber sobre o trabalho e a saúde pelos próprios trabalhadores, e se constitui hoje apenas em uma forma burocrática de gestão do meio ambiente de trabalho. Todavia, seus conceitos principais continuam sendo utilizados na confecção dos Programas de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e nos estudos ambientais.

Laurell e Noriega (1989) criticam esse modelo de identificação de riscos por considerarem que reduz os riscos ao seu caráter ambiental externo imediato, analisando-os de forma isolada. Não leva necessariamente a uma teorização que possibilite compreender a dinâmica dos determinantes maiores do processo de trabalho.

Dessa forma, tais autores, baseados na concepção da determinação social do processo saúde-doença, propõem a categoria de análise denominada “carga de trabalho”, buscando identificar e interferir nos impactos dos elementos constitutivos do processo de trabalho sobre a saúde do trabalhador, sejam esses inerentes ao objeto e à tecnologia ou à organização e divisão do trabalho.

De acordo com tal categoria de análise, o consumo das energias físicas e psíquicas dos trabalhadores, relacionado aos processos de trabalho em que eles estão inseridos, geram um processo denominado desgaste do trabalhador. Esse desgaste, diferente para os variados processos produtivos, está diretamente relacionado com o perfil de cargas de trabalho dos ramos de produção, sendo que essas são resultantes do processo de trabalho com o objetivo final de acúmulo da mais-valia, consequência da exploração do trabalhador. Como afirma Facchini (1993, p.180),

[...] carga de trabalho é um atributo de um processo de trabalho determinado, cuja presença no ambiente de trabalho pode aumentar a probabilidade de que um grupo de trabalhadores “expostos” experimente uma deterioração psicobiológica comparada com aqueles que não estiveram expostos ou que tiveram uma exposição funcional a tal atributo [...].

De acordo com Laurell e Noriega (1989), as cargas de trabalho são divididas e classificadas em:

- 1 Cargas físicas: derivadas principalmente das exigências técnicas para a transformação do objeto, como ruídos, vibrações, temperatura, entre outras;
- 2 Cargas químicas: derivadas principalmente do objeto de trabalho e dos meios auxiliares envolvidos em sua transformação, como as poeiras, líquidos, gás, névoas, etc.

3 Cargas orgânicas: provenientes principalmente do objeto de trabalho e das condições de higiene ambiental em que ocorre o processo de transformação, como vírus, bactérias, fungos, entre outros.

4 Cargas Mecânicas: derivadas especialmente da tecnologia de trabalho, aos materiais soltos no ambiente, ao próprio objeto de trabalho e, em particular, às condições de instalação e manutenção dos meios de produção.

5 Cargas fisiológicas: provenientes fundamentalmente das diferentes formas de se realizar a atividade ocupacional, como por exemplo as posições assumidas, os esforços, as longas jornadas de trabalho e as horas extras.

6 Cargas psíquicas: constituídas pelos processos diretamente relacionados com a organização e divisão dos processos produtivos, que implicam o controle mental sobre o trabalho.

Dentro dessas últimas, encontram-se:

- Sobrecarga psíquica: atenção permanente, supervisão com pressão, consciência da periculosidade do trabalho, alto ritmo de produção, entre outros.
- Subcarga psíquica: perda do controle do trabalho pela subordinação à máquina, desqualificação do trabalho, separação entre a concepção e a execução, fragmentação do trabalho que resulte em monotonia e repetitividade.

Tais cargas de trabalho podem ser agrupadas em outra forma de categorização, que estabelece a materialidade das cargas de trabalho em relação ao corpo do trabalhador.

Para Laurell e Noriega (1989), as cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas têm materialidade externa ao corpo e podem ser avaliadas quantitativamente, independentemente do trabalhador, sendo que produzem seus efeitos ao entrar em contato com o corpo do mesmo. Por outro lado, as cargas fisiológicas e psíquicas somente têm materialidade interna, ou seja, invisíveis externamente, produzem os seus efeitos diretamente sobre o trabalhador que manifestará queixas ou patologias; dessa forma, sua apreensão depende da comunicação pelos trabalhadores. A identificação e a medição das cargas de trabalho são realizadas mediante processos individualizados, sendo que sua análise só possui sentido quando essas são recompostas em sua totalidade, através da sua articulação com as outras cargas,

promovendo, dessa forma, o entendimento da multiplicidade e complexidade das cargas de trabalho sobre o corpo do trabalhador.

O grande avanço trazido pela utilização da noção de carga de trabalho está no fato de ela permitir o levantamento dos dados relacionados às condições de trabalho, compreendidas no ambiente físico, químico, biológico, condições de higiene, segurança e características antropométricas do posto de trabalho. Além disso, permite a consideração dos aspectos relacionados à organização do trabalho, que envolvem a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, entre outros (DEJOURS, 1992). Ademais, há a possibilidade de participação direta do trabalhador na identificação, mensuração e análise desses aspectos do trabalho.

3.4 PROCESSO DE PRODUÇÃO E TRABALHO NO SETOR DE ROCHAS ORNAMENTAIS

Para melhor compreender o setor de rochas ornamentais - assim como seu processo de produção - e situar o leitor acerca da temática proposta, passo a revisar alguns dos estudos de relevância para o setor, nas áreas econômica e produtiva e, principalmente, na área de saúde.

3.4.1 Importância social da indústria de rochas ornamentais

O Brasil é um dos grandes produtores mundiais de granitos e ardósias, tendo ocupado, em 2002, o 6º lugar em volume físico produzido de blocos e o 6º exportador, segundo Mello (apud MARONI FILHO, 2005).

Essa indústria se beneficia, no Brasil, de aproximadamente 600 variedades comerciais de rochas ornamentais, exploradas por 11.500 empresas, responsáveis pela geração de 120.000 empregos diretos (CHIODI FILHO, 2004).

Do ponto de vista dos principais usos e aplicações, cerca de 80% dos produtos brasileiros se referem a chapas para revestimento, incluindo pavimentos (pisos) internos e externos, superfícies verticais externas (fachadas) e internas (paredes), degraus e tampos em geral (pias, mesas, balcões e etc.). Os outros 20% envolvem peças estruturais (por exemplo, colunas), arte funerária (lápides e adornos) e trabalhos especiais (esculturas e peças usinadas) (CHIODI FILHO, 2004).

O Estado do Espírito Santo ocupa lugar de destaque no setor de Rochas Ornamentais no Brasil, possuindo mais de 890 empresas e gerando cerca de 60 mil empregos diretos. Esse setor é formado por dois núcleos centrais em que estão localizadas a maioria das empresas extratoras e beneficiadoras do mármore e granito no Estado. O primeiro núcleo de aglomeração se localiza em torno do município de Cachoeiro de Itapemirim, na região sul do Estado, e o segundo, que iniciou recentemente suas atividades, em torno do município de Nova Venécia, no norte do Estado.

De acordo com o Sindicato dos Trabalhadores em Indústria de Extração e Beneficiamento do Mármore, Granito e Calcário do Espírito Santo (SINDIMARMORE), o município de Cachoeiro de Itapemirim, conhecido nacionalmente como a “Capital do Mármore”, é o principal núcleo de desenvolvimento da atividade no Estado, possuindo em torno de 600 empresas, e gerando aproximadamente 20 mil empregos diretos e formais, sem contar os empregos gerados indiretamente e os trabalhadores informais e clandestinos envolvidos com a atividade.

Uma das principais características do setor de rochas ornamentais no Espírito Santo é o intenso crescimento que essa atividade vem demonstrando nos últimos anos. O total de estabelecimentos pertencentes às três etapas produtivas do setor de rochas ornamentais pode ser identificado de acordo com a tabela do IDEIES (1998), presente no estudo de Sabadini e Villaschi (2000), demonstrado na figura a seguir, que apresenta as empresas cadastradas por atividade e região no Estado do Espírito Santo.

<i>Tipo de atividade</i>	<i>Total do ES</i>		<i>Grande Vitória</i>		<i>Norte</i>		<i>Sul</i>	
	<i>Número</i>	<i>%</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Extração de blocos	212	29,28	0	0,00	88	41,50	124	58,49
Extração de calcários	5	0,69	0	0,00	0	0,00	5	100,00
Serraria	217	29,97	8	3,69	12	5,53	197	90,78
Marmoraria	357	49,31	59	16,53	50	14,00	248	69,47
Talha Blocos	8	1,10	3	37,50	0	0,00	5	62,50
Moagem de pó e calcário	22	3,04	0	0,00	0	0,00	22	100,00
Cal	4	0,55	0	0,00	0	0,00	4	100,00
Prestação de serviços	70	9,67	3	4,29	13	18,57	54	77,14
<i>Total</i>	<i>724*</i>	<i>-</i>	<i>66*</i>	<i>9,12</i>	<i>146*</i>	<i>20,17</i>	<i>512*</i>	<i>70,71</i>

Fonte: Ideies (1998). * a questão admite múltipla escolha.

Figura 1: Empresas cadastradas por tipo de atividade e região no Espírito Santo.

A Figura 1 mostra uma grande concentração de todos os tipos de atividades na região sul do estado, sendo que as atividades de extração de calcário, moagem de pó, calcário e cal são exclusivas da região. É importante destacar um crescimento acentuado da extração de blocos na região norte do estado, o que mostra a instalação de um novo pólo extrativista mineral no Espírito Santo.

De acordo com os dados do Instituto de Desenvolvimento Educacional e Industrial do Espírito Santo (IDEIES,1998), usando o critério do número de empregados, 82,32% das indústrias do setor de rochas ornamentais do Espírito Santo são consideradas micro empresa (até 19 pessoas ocupadas); 16%, pequena empresa (de 20 a 99 pessoas ocupadas) e 1,66%, média empresa (de 100 a 399 pessoas ocupadas). Não há nenhuma grande empresa no setor (mais de 400 pessoas ocupadas).

De acordo com dados da Prefeitura Municipal de Cachoeiro de Itapemirim, o município possui cerca de 178.000 habitantes, sendo que a maioria reside na sede do município. A atividade de extração e beneficiamento do mármore e granito se dá, em maior escala, nos distritos, como Itaóca Pedra e Soturno, entre outros, que possuem uma população relativamente pequena, em torno de 5.000 habitantes, e é onde estão localizadas as jazidas e a maioria das empresas.

Nessas localidades, as atividades relacionadas à extração e beneficiamento do mármore e granito se configuram como a base da economia e se constituem como a

principal fonte de renda e emprego da população. Além dessa atividade, encontram-se também, em escala bem menor, as atividades agropecuárias e o comércio, que servem de suporte para aqueles que ali vivem em função da indústria do mármore e granito.

[...] A atividade traz à região um complexo de desdobramentos: por um lado, dinamização da economia, realização anual da Feira Internacional do Mármore e Granito, com exposição, comercialização e exportação de blocos, chapas, produtos beneficiados e máquinas para exploração e beneficiamento do mármore e granito, além de geração de empregos. Por outro lado, a atividade promove a degradação ambiental em função dos rejeitos da produção, agravos à saúde dos trabalhadores e da população em geral, e acidentes fatais e mutilantes [...] (MOULIN, 2007).

[...] o distrito de Itaóca Pedra era meio rural e hoje é um corredor de exportação de blocos, chapas e produtos beneficiados; ainda assim, até hoje, não mereceu nenhuma atenção especial por parte do poder público, embora gere receita considerável para os cofres da municipalidade. Por consequência, resta aos trabalhadores morar em locais de muita poeira e muito ruído, provenientes das próprias empresas e constantes estampidos de detonações de pedra [...] (MOULIN, 2007).

3.4.2 Desenvolvimento histórico da exploração mineral no sul do Espírito Santo

A região sul do Estado do Espírito Santo possui uma história longa e consolidada, marcada pela exploração do calcário e sua comercialização há décadas, sendo que seu nascimento e crescimento não foram induzidos por qualquer política governamental.

A história da mineração da região do município de Cachoeiro caminha conjuntamente com a criação da fábrica de cimento, que iniciou suas atividades em 1924. Porém, antes mesmo desse ano, por volta de 1874 e 1878, já se observava em algumas áreas do município de Cachoeiro a fabricação do cal por colonos europeus, recém-chegados a essa localidade (SABADINI; VILLASCHI FILHO, 2000).

O início da produção do mármore em Cachoeiro de Itapemirim se deu pela extração de blocos, o que ocorreu a partir de 1957. Os pioneiros na extração eram de origem italiana. As primeiras serrarias só foram instaladas no município a partir de 1966, o que levou à exploração comercial efetiva do mármore e granito a partir dos anos 60 e 70 (SABADINI; VILLASCHI FILHO, 2000).

Importante observar que, anteriormente a esse período, na década de 50, a economia local era baseada, prioritariamente, no cultivo do café, na cultura de subsistência e na pecuária. Os proprietários de terras produziam com o auxílio dos colonos, a quem era repassada uma pequena quantia do que era produzido, configurando, assim, um cenário marcado pela baixa circulação de dinheiro e por muitas dificuldades financeiras envolvendo patrões e, principalmente, os colonos ou meeiros, como também eram conhecidos.

De acordo com estudo realizado por Moulin (2007), com o descobrimento da atividade de exploração mineral, os donos de terras que possuíam pedreira em suas propriedades se tornaram empresários, e os colonos, acostumados a lidar com o plantio e colheita, se transformaram em trabalhadores assalariados do setor de exploração de mármore e granito.

[...] as terras com ocorrência de pedras impossibilitavam o plantio de culturas, o que nessa fase (anos 50 e 60), era considerado má sorte para o proprietário, de maneira que muitas terras com potencial de exploração de pedras foram negociadas a preços irrisórios [...] (MOULIN, 2007).

Todo esse processo se deu sem nenhuma preparação ou ensinamento, tanto por parte dos empresários como pelos empregados, que aprendiam e sofriam com seus próprios erros e acertos, o que trouxe sérias consequências para todos os envolvidos.

Dentre muitos fatores relacionados à produção naquela época, encontrava-se a falta de capital, inexistência de máquinas e equipamentos para exploração, número insuficiente de trabalhadores, jornadas de trabalho desumanas, além da inexistência de um mínimo treinamento, conforto e proteção ao trabalhador, como pode ser exemplificado pela falta de botinas e equipamentos de proteção. Não existia sequer conhecimento acerca de leis trabalhistas ou relacionadas à saúde e segurança no trabalho.

De acordo com Moulin (2007), a atividade extrativa realizada nessas condições foi e é responsável até hoje por inúmeros acidentes mutilantes e fatais, bem como muitas doenças relacionadas ao trabalho.

Apesar de todas as dificuldades relatadas, Moulin (2007) destaca que a atividade, rude, era considerada (e assim é até hoje) uma prova de virilidade e honradez para os trabalhadores.

3.4.3 Organização do processo de produção e trabalho

Hoje, em decorrência dos grandes investimentos em tecnologia para o setor de rochas ornamentais, podem-se observar alterações em algumas etapas do processo produtivo, visando ampliar os mercados e aumentar o lucro para a classe patronal, sem conferir, na maioria das vezes, melhorias das condições de trabalho para os trabalhadores.

O ciclo produtivo do setor de rochas ornamentais se constitui basicamente em três etapas: extração, beneficiamento primário e beneficiamento final. A figura a seguir demonstra as fases do processo produtivo no setor de rochas ornamentais no Espírito Santo.

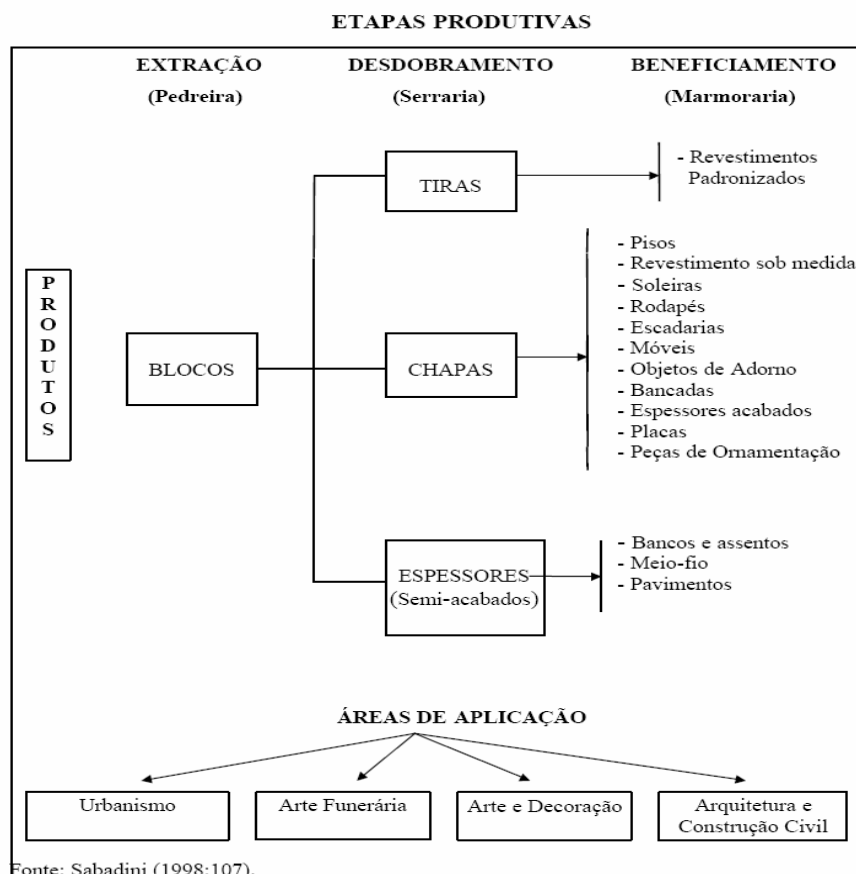


Figura 2: Etapas do ciclo de produção no setor de rochas ornamentais.

A extração do mármore e granito, que ocorre nas pedreiras, se constitui como a primeira etapa do processo produtivo, que, de acordo com Alencar (p.12, 1996), é:

[...] uma atividade cujo objetivo é a remoção de material útil ou economicamente aproveitável dos maciços rochosos ou dos matacões. O produto da etapa de extração é o bloco de arestas aproximadamente retangulares, de dimensões variadas, que procuram obedecer ou aproximar-se tanto quanto possível daquelas que proporcionem o melhor aproveitamento do material e a melhor utilização da capacidade produtiva dos equipamentos nas etapas de beneficiamento [...].

Vários trabalhadores são envolvidos nessa etapa de extração das rochas, e esses se dividem em diversas funções: operador de marteleto (marteleiro), cabo de fogo (cabuqueiro), operador de fio diamantado (fiolista), manobreiro (manobrista), encarregado e supervisor (MOULIN, 2000).

De acordo com o estudo de Moulin (2000), que investiga o processo de trabalho na exploração e beneficiamento do mármore e granito no sul do Espírito Santo, os profissionais do setor exercem as seguintes tarefas:

Os marteleiros são responsáveis pela limpeza e preparação da rocha em “pranchas”, perfurando-a para que seja instalado o fio diamantado, equipamento que facilita a extração dos blocos. Nessa função, o trabalhador fica exposto à poeira, ao barulho e à trepidação emitidas pelo equipamento de trabalho – marteleto.

Hoje, após o estabelecimento da NR 22 – Segurança e Saúde Ocupacional na Mineração, que estabelece o processo de perfuração de rochas a úmido, a maioria das empresas reduziu a exposição ocupacional de seus trabalhadores a poeira adotando essa legislação.

O cabuqueiro é o trabalhador responsável pela aplicação e detonação de explosivo na área trabalhada pelos marteleiros, o que propicia a extração dos blocos. Além disso, esse profissional também é encarregado da detonação de restos de pedras que não serão necessários. O cabuqueiro está constantemente exposto ao risco de acidentes graves e fatais, não só pelo fato de lidar diariamente com explosivos, mas também pelo fato de ficar exposto ao desmoronamento e arremessamento de pedras.

O fiolista é o profissional que opera a máquina de fio diamantado, que irá cortar a “prancha” em blocos independentes. Esses profissionais ficam muito próximos à máquina e por isso correm o risco de serem atingidos pelo fio quando esse “acidentalmente” se rompe. Além disso, ficam expostos à poeira e ao ruído intenso.

Os blocos cortados são transportados pelo manobrista até o local onde serão armazenados. Os riscos envolvendo essa atividade estão tanto no rompimento dos cabos de aço que içam o bloco quanto na queda das rochas içadas pelas lanças, uma vez que essas podem atingir tanto o manobrista como os outros trabalhadores da pedreira.

A segunda etapa do ciclo produtivo é o beneficiamento primário, também denominado de serragem ou desdobramento, e, de acordo com Alencar (p.13, 1996),

[...] constitui-se do corte dos blocos e é a primeira etapa do processo de industrialização de rochas ornamentais. No ciclo produtivo, os blocos obtidos na etapa de extração são cortados em chapas, tiras ou espessores, com espessuras bastante próximas daquelas que terão os produtos finais [...].

O processo de beneficiamento primário dos blocos acontece nas serrarias através de teares, equipamento responsável pela serragem do bloco em chapas que variam de 1,5 a 3 cm de espessura. Tal processo envolve basicamente dois profissionais: o serrador e seu ajudante.

De acordo com Moulin (2000), os serradores são responsáveis pela supervisão do processo de serragem e pela alimentação dos teares com água, areia, cal e granalha de aço. Além disso, são responsáveis pela entrada do bloco na máquina e a saída das chapas. Quando necessário, fazem também a manutenção do tear e a substituição das lâminas utilizadas para o corte do bloco.

Os serradores, geralmente, atuam por escala de 12 horas trabalhadas para 36 horas de descanso, o que os obriga a trabalhar em turnos alternados – diurno e noturno. Além disso, ficam expostos ao ruído intenso e estão sempre em contato com o barro produzido pelos teares, que nada mais é do que o pó da pedra serrada diluído na água utilizada no processo de serragem.

A terceira etapa do ciclo produtivo de rochas ornamentais é denominada, de acordo com Alencar (1996), beneficiamento final. Nessa fase, as peças tomam formas, dimensões e aparência final, gerando uma grande diversidade de produtos.

O beneficiamento final é realizado nos estabelecimentos de marmorarias e se subdivide em três fases principais: o polimento, o corte e o acabamento final. Nessas etapas, faz-se necessária a utilização de uma grande quantidade de máquinas, equipamentos e produtos químicos que garantem o brilho e os diversos formatos dos produtos.

No polimento das chapas, o trabalhador envolvido com a atividade é o polidor, que é responsável pela supervisão da máquina durante todo o processo. Essa fase é caracterizada por sua monotonia, já que um trabalhador isolado opera seu equipamento durante toda a jornada de trabalho, sendo a maior parte do tempo sentado, sem ter que fazer muitos movimentos.

Além da monotonia, esses profissionais estão expostos ao risco de acidentes com a queda de chapas, que são transportadas por eles no momento de entrada e saída da máquina e no carregamento dos caminhões.

Após o polimento das chapas, estas são manuseadas pelo cortador, profissional responsável por transformar as chapas em peças menores, como pisos, mesas e outros. Essa atividade expõe o profissional ao risco de acidentes mutilantes e também a um grande contato com a poeira e com o ruído.

É importante destacar também que, no processo de extração do mármore e granito, além dos trabalhadores das pedreiras, existem os trabalhadores de “pedra marruada”, uma profissão informal que se destaca ao redor das áreas de exploração. Esses ganham ou compram por pequenas quantias os blocos defeituosos e os restos de pedras, explodem-nos em partes menores e depois continuam quebrando manualmente as pedras com o “marrom”, uma marreta pesada de aproximadamente 10 quilos. A pedra marruada é comprada por fábricas especializadas na moagem do mármore e granito.

Esse profissional, além de estar exposto a todos os riscos de acidentes e doenças profissionais a que os trabalhadores formais das pedreiras estão expostos, também sofre com o despreparo para manusear os explosivos - que, na maioria das vezes, são obtidos clandestinamente - e com a falta de proteção sindical e previdenciária.

De acordo com Moulin (2000), as moageiras são compostas pelo setor de britagem, ensaque, estoque e expedição, manutenção e laboratórios. São empresas que transformam pedras “marruadas” em diversos tipos de pó, com espessura, qualidade e utilidade diferentes. Esses pós podem ser empregados na indústria de argamassa, asfalto, azulejo, amianto, borracha, chicletes, cosméticos, colas, eletrodos, papéis, produtos farmacêuticos, produtos de limpeza, siderurgia, tapetes, vidros, tintas e rações.

De acordo com Moulin (2000), os britadores são responsáveis pela limpeza e pela seleção das pedras, e convivem diretamente com o barulho, o pó e o risco de serem atingidos por pedras no momento em que os caminhões as descarregam.

Depois de passar pelo processo de trituração ou moagem, o pó é ensacado em sacos de 25 ou 50 quilos pelos ensacadores, e carregados posteriormente para o estoque pelos carregadores. Tais profissionais encontram-se constantemente submetidos a posições incômodas, e também sofrem com a quantidade de peso diário que carregam.

Outro aspecto importante observado na região de Cachoeiro de Itapemirim é a forma de se aprender as atividades no setor. A maioria dos trabalhadores aprendem as técnicas de produção a partir da prática cotidiana; geralmente, com familiares ou pessoas “mais experientes” que trabalham no ramo. A disseminação dessas práticas entre os membros das famílias difundiu as informações tecnológicas baseadas na interação do trabalhador junto ao processo produtivo. Geralmente essa difusão não foi construída via cursos e treinamentos formais, mais sim através da observação/sugestão sobre os métodos de produção utilizados visando a melhorias de produtividade, o que implica grandes impactos para a saúde desses trabalhadores (BAPTISTINI, 2006).

3.4.4 Trabalho e saúde no setor de rochas ornamentais

Tanto os trabalhadores formais como os informais (e esses ainda mais) que exercem atividades no setor de rochas ornamentais estão submetidos a condições de trabalho diferenciadas e agentes nocivos, específicos em cada etapa do processo produtivo, que causam danos à saúde, acidentes e mortes.

A produção de conhecimento e informações científicas sobre a saúde dos trabalhadores do setor de rochas ornamentais no sul do Espírito Santo não é muito extensa. No entanto, os estudos já realizados trazem dados de grande relevância e servem como base para a realização de novas pesquisas no setor.

O primeiro estudo relevante foi realizado em 1995 por pesquisadores da FUNDACENTRO (AGUIAR et al., 1995) e utilizou o referencial de fatores de riscos, tendo como objetivo maior o conhecimento dos fatores de riscos relacionados ao processo de trabalho no setor.

Várias questões foram abordadas no relatório da pesquisa, dentre elas a responsabilidade dessa atividade na geração de 46,7% dos acidentes de trabalho que ocorrem na região, sendo que a atividade também representa 34,7% dos acidentes com morte (AGUIAR, 1995).

Em relação ao ambiente de trabalho, o autor afirma que os fatores de riscos estão presentes em todos os momentos devido às inúmeras condições insalubres nesses ambientes, decorrentes dos processos de trabalho. Dentre elas, encontram-se jornada prolongada, trabalho repetitivo, ferramentas desgastadas e sem manutenção, falta de qualificação no manuseio dos equipamentos, transporte inadequado de cargas, esforço excessivo, trabalho com explosivos, umidade, altos índices de ruído e vibração, instalações elétricas improvisadas, alta concentração de poeiras e falta de instalações mínimas para o bem-estar do trabalhador (como refeitórios, vestiários e, até mesmo, banheiros).

Outro importante estudo realizado no setor de rochas ornamentais, no sul do Espírito Santo, foi desenvolvido, no ano de 2000, por Moulin, professora e pesquisadora vinculada à Universidade Federal do Espírito Santo. Tal pesquisa foi de caráter qualitativo e se concentrou em problematizar a noção de saúde e o sentido do trabalho na vida dos trabalhadores.

Os resultados dessa pesquisa revelaram que, para o trabalhador do setor de rochas ornamentais, o sentido da saúde está diretamente relacionado com o impedimento ou não do corpo ao trabalho diário, configurando a saúde como a própria condição de trabalho:

[...] nas atividades desenvolvidas nesse setor, o predomínio do componente físico na execução do trabalho produz nos trabalhadores uma noção de saúde em que “força” e a “disposição” do corpo para o trabalho parecem ser os principais fatores que dizem de um corpo saudável. Ter saúde é “ter força” e “ter disposição”. Sendo assim o sentido de saúde é concretizado no corpo [...] (MOULIN et. al., 2000, p.57).

Em relação às doenças desencadeadas pelo trabalho, a pesquisa traz a informação de que o trabalhador tem a consciência dos efeitos nocivos das condições de trabalho sobre sua saúde e dos sinais e sintomas que indicam as doenças relacionadas ao trabalho, mas, na maioria das vezes, recusa-se a perceber ou minimiza tais sinais pelo fato de no presente estar apto ao trabalho. Tal fato, unido também às precárias formas de acesso e assistência à saúde do trabalhador, faz com que o diagnóstico dessas doenças seja desconhecido e subnotificado, além de levar ao agravamento de uma doença que poderia ser tratada ou prevenida.

Além disso, constatou-se que, para o trabalhador, o trabalho encontra-se vinculado, basicamente, a três sentidos: em primeiro lugar, o trabalhador vê o trabalho como o único meio de garantir o sustento e a sobrevivência da família, garantindo assim sua dignidade; em segundo lugar, ao trabalho é conferida a idéia de atividade inerente ao homem, algo que o define e sem o qual o homem não se faz homem, reforçando o sentido do trabalho enquanto essência humana e afirmação do homem enquanto provedor da família; e, por último, destaca-se o trabalho enquanto espaço social de trocas, compartilhamento de vivências, conflitos, angústias e, também, formas alternativas de solucionar problemas e de lidar com a realidade (MOULIN et al., 2000).

Importante destacar que, mais recentemente, Moulin (2006) publicou sua tese de doutorado, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – FIOCRUZ, também abordando a temática da Saúde do Trabalhador do setor de rochas ornamentais, mais especificamente, “a produção social dos acidentes de trabalho e suas conseqüências no setor”.

Nesse estudo, que enfatiza as questões relacionadas aos acidentes de trabalho no setor de rochas ornamentais em Itaóca Pedra, fica claro que, para manter o sustento da família e sua postura de homem honrado através do trabalho, como destacado anteriormente, o trabalhador se submete às péssimas condições de trabalho e, dessa forma, fica sujeito às “mortes anunciadas”, ou seja, mortes previsíveis,

vivenciando culturalmente o acidente de trabalho como natural e fruto da má sorte do trabalhador.

[...] o trabalhador do mármore não parece ter o tempo necessário, possibilidades, as condições materiais e simbólicas para analisar as variáveis de projeção de seu futuro. O presente é tão premente, exige tanto, como ter perspectivas de calcular diferentes opções? Desconhece as estatísticas, mas sabe muito bem que há um exército de desempregados desejando seu emprego, e disso tem muito mais medo do que o risco de morte advindo do trabalho.

E assim, como heróis do mármore, eles suportam a desorganização, o risco e o autoritarismo. Confere sentido à atividade a partir desses emblemas – trabalhador, pai de família honrado, corajoso, herói [...] (MOULIN, 2006, p.129).

Dessa forma, evidencia-se a grande relevância dos estudos já realizados na obtenção de conhecimento e esclarecimento de questões relativas às condições de trabalho e a saúde dos trabalhadores do mármore e granito. Além disso, faz-se necessário observar também, diante do que já se encontra produzido cientificamente, a necessidade de maiores esclarecimento de diversos fatores, dentre eles a prevalência da morbidade para esses trabalhadores, de acordo com sua própria vivência, objeto a que se propõe o presente estudo.

3.5 POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador é um campo de práticas e conhecimentos teórico-metodológicos, que no Brasil emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer e intervir nas relações de trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial em uma sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas e sociais. Esse campo contrapõe-se aos conhecimentos e práticas da Saúde Ocupacional, objetivando superá-lo, identificando-se com os conceitos formulados pela Medicina Social Latino-Americana, relativos à determinação social do processo saúde-doença, e com os conceitos da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, que abordam o sofrer, o adoecer e o morrer dos grupos sociais inseridos em processos produtivos (LACAZ, 2007).

Dessa forma, influenciados por pesquisadores orientados pelas concepções da Medicina Social Latino-Americana e insatisfeitos com as condições de trabalho inadequadas e a deficiência de assistência à saúde, os órgãos sindicais dos trabalhadores iniciaram nos anos 80 importante mobilização social em busca de melhores condições de vida, saúde e trabalho.

[...] a Saúde do Trabalhador reflete uma resposta institucional aos movimentos sociais que, entre a metade dos anos 70 e os anos 90, reivindicavam que as questões de saúde relacionadas ao trabalho fizessem parte do direito universal à saúde, incluídas no escopo da Saúde Pública [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.10).

Avanços e conquistas sociais, políticas e legislativas no campo da Saúde do Trabalhador suscitaram uma série de discussões e iniciativas que se consolidaram nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde e na realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Aspectos abordados em tais discussões foram decisivos para a mudança de enfoque estabelecida na nova Constituição Federal de 1988. Até então, a atenção à saúde dos trabalhadores era atribuição exclusiva dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social.

A Constituição Federal de 1988 veio garantir, através de seu artigo 196, que a saúde passa a ser considerada como um direito de todos e um dever do Estado, através da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1998). Além disso, a constituição também destaca, em seu artigo 200, que “ao SUS compete executar as ações de Saúde do Trabalhador, assim como colaborar com a proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (BRASIL,1988).

Dessa forma, os dispositivos constitucionais que regulamentam a atenção à Saúde do Trabalhador são ditados pela Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90), em seu artigo 6º, parágrafo 3º, da seguinte forma:

[...] Entende-se por Saúde do Trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.11).

Devido à abrangência do campo de ação da Saúde do Trabalhador, a mesma lei determina que as ações em Saúde do Trabalhador devem apresentar caráter intra-setorial (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e inter-setorial (envolvendo a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem interdisciplinar e também a participação dos trabalhadores.

Apesar das inúmeras vantagens trazidas por tais mudanças legislativas, pode-se observar também uma sobreposição de ações entre os Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, o que acarretou grandes dificuldades para os trabalhadores em relação à assistência à saúde e à previdência social.

[...] apesar de inovações, o texto constitucional manteve a superposição ou concorrência de algumas atribuições, fomentando conflitos entre os setores, particularmente quanto às ações de fiscalização dos ambientes e condições de trabalho [...] (DIAS; HOEFEL, 2005, p.819).

De acordo com Dias e Hoefel (2005), outro fator dificultador do cumprimento da legislação da Saúde do Trabalhador é a grande compartimentalização das estruturas do Ministério da Saúde, que atrapalham a atenção integral e integrada aos trabalhadores. Devido a isso, a Saúde do Trabalhador tem sido incorporada ora no âmbito da estrutura da Vigilância, ora na Assistência ou em outras instâncias administrativas do SUS, dependendo do formato institucional vigente.

Mais recentemente, tentando contornar tal situação, a conceituação das questões relacionadas à Saúde do Trabalhador e suas formas de realização e acesso, dentro do SUS, são tratadas pela Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST) e pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

3.5.1 Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST)

O SUS assume um papel social diferenciado, ao se colocar de fato, como a única política pública de cobertura universal, para o cuidado da saúde dos trabalhadores,

obrigando, dessa forma, a busca de redefinições das práticas de saúde e a construção de um novo modelo de atenção (DIAS; HOEFEL, 2005).

A urgência na alteração das práticas de saúde se dá, dentre outros fatores, principalmente, pelas rápidas mudanças nas necessidades de saúde dos trabalhadores e suas conseqüências para o SUS. Podem-se destacar, entre essas novas necessidades, os efeitos da exposição crônica a substâncias tóxicas, o sofrimento psíquico dos trabalhadores e as novas formas de organização e gestão do trabalho.

Dessa forma, no final de 2002, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde dos Trabalhadores, é estruturada a RENAST, através da portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002. A RENAST veio corroborar com o aprofundamento da institucionalização e do fortalecimento da Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, através de uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o objetivo de implementar ações de assistência, vigilância e promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

[...] os trabalhadores sempre foram usuários do sistema de saúde. A proposta da RENAST é qualificar essa atenção, fazendo com que o sistema, como um todo, entenda e funcione na perspectiva da Saúde do Trabalhador [...] (DIAS; HOEFEL, 2005, p.824).

Os princípios e diretrizes que norteiam a RENAST são coincidentes com os da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e são: a atenção integral à Saúde dos Trabalhadores; a articulação intra e inter-setorial; a informação em Saúde do Trabalhador; o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; a capacitação permanente em saúde do Trabalhador e a participação da comunidade na gestão das ações em saúde do Trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Dentre esses princípios, Dias e Hoefel (2005) destacam a indissociabilidade das ações assistenciais e de vigilância da saúde, já que somente a partir do estabelecimento da relação entre a doença e o trabalho e do registro no sistema de informação é possível coletivizar o fenômeno e desencadear procedimentos de vigilância que levem a mudanças nas condições e ambientes de trabalho geradoras de doenças. Por outro lado, a identificação de situações ou de fatores de risco para

a saúde nas situações de trabalho, originadas nas ações de vigilância, permite o encaminhamento dos expostos e doentes à assistência adequada.

A RENAST tem como eixo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) nos níveis nacional, estadual e municipal. Além disso, tal rede integra e articula a assistência à saúde na atenção básica, na média e na alta complexidade ambulatorial, além de lidar com assistência pré-hospitalar e intra-hospitalar, dando suporte técnico e científico às intervenções do SUS (WERNER, 2006).

Além dos CRST, a RENAST prevê a organização da rede sentinela de notificação, que se constitui como uma rede de serviços assistenciais de retaguarda de média e alta complexidade, organizada para garantir a geração de informações e viabilizar a vigilância da saúde. Dessa forma, os serviços sentinelas geram informações que levarão às ações de prevenção, vigilância, intervenção e mudanças para a saúde dos trabalhadores (DIAS; HOEFEL, 2005).

Associado aos CRST e às redes sentinelas, e seguindo a tendência em todas as esferas do SUS de direcionamento da assistência à saúde para a atenção básica, a RENAST também o faz através da concentração de esforços na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Nessa proposta, a ESF se apresenta como porta de entrada para a Saúde do Trabalhador, garantindo uma atenção qualificada e a garantia do estabelecimento do nexos causal entre o quadro de morbi-mortalidade do trabalhador e as atividades realizadas nos processos de trabalho. A atenção primária deve garantir a resolução de problemas de saúde, prevenção, promoção e também a organização da assistência em outros níveis do SUS, funcionando, dessa forma, como norteadora do acesso aos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

[...] abordar as questões de Saúde do Trabalhador nessa perspectiva significa ampliar o olhar para além do processo laboral, considerando os reflexos do trabalho e das condições de vida dos indivíduos e das famílias, envolvendo uma abordagem integral do sujeito, a “resolutividade”, a responsabilização, o acolhimento e a integralidade [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 19).

Entretanto, Dias e Hoefel (2005) destacam que, para que o direcionamento das ações de Saúde do Trabalhador para a ESF se efetive, não basta acrescentar mais

uma atribuição às já sobrecarregadas equipes de trabalho. É importante que as tarefas sejam redefinidas e redimensionadas, que as equipes sejam capacitadas e que sejam garantidos os procedimentos de referência e contra-referência.

Apesar da RENAST ser a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e ter trazido grandes evoluções, no que tange às ações de Saúde do Trabalhador, os autores acima citados destacam também os desafios e as dificuldades a serem superados por tal rede. São eles: a lógica do modelo da RENAST, centrado na atuação regionalizada dos CRST, não corresponde à organização do SUS centrada na municipalização; frágil articulação intra-setorial; confusão dos papéis das coordenações municipais e estaduais de Saúde do Trabalhador e CRST; falta de orientação clara quanto aos processos de pactuação dos procedimentos de assistência, vigilância e informação em saúde; o despreparo dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços para lidar com os riscos e agravos à saúde relacionados ao trabalho; o controle social fragilizado; desvio dos recursos destinados à implantação da rede, a fim de cobrir outras necessidades no âmbito do sistema de saúde; precedência das ações de assistência em detrimento das ações de vigilância; e ações inter-setoriais tímidas e localizadas.

Mesmo com tais dificuldades, já se sabe que o processo de construção da RENAST representou o fortalecimento da Política de Saúde do Trabalhador no SUS, reunindo condições para o estabelecimento de uma política de Estado e os meios para sua execução.

Dessa forma, a RENAST veio para tentar ajudar o desenvolvimento de uma política de Estado integrada de saúde, produção e desenvolvimento sustentável. Para o estabelecimento de tal política se faz necessária a transformação do processo produtivo e de estruturação e qualificação da rede de serviços públicos de saúde para que possa atender, de forma integral, às demandas de Saúde do Trabalhador, o que pode ser observado com a instituição da RENAST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Sendo assim, a Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005 e a Portaria nº 1.125, de 6 de julho de 2005, estabelecem as diretrizes para as políticas de saúde e as bases para a atuação articulada entre os órgãos públicos em relação à saúde e à segurança dos trabalhadores; contribuem, assim, com a implementação da PNSST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A PNSST foi instituída com o intuito de superar a fragmentação, a desarticulação e a superposição das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social e Saúde, por meio da definição de diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social – que deverão orientar os planos de trabalho e ações intra e intersetoriais. Tal política apresenta interfaces com as políticas econômicas, de Indústria e Comércio, Agricultura, Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia, Educação e Justiça, em uma perspectiva intersetorial e de transversalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As portarias nº 800 e nº 1.125, em conjunto com as resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, deram origem à Portaria GM/MS 2.437, que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da RENAST e visam a integrar a rede de serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância, a fim de possibilitar o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador.

Outro importante documento que compõe a base legal da PNSST é a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006, uma iniciativa visando à consolidação do SUS, de acordo com seus princípios constitucionais e com as necessidades de saúde da população. Esse pacto consolida o SUS e aprova suas diretrizes operacionais e seus três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

De acordo com a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, o pacto pela vida se constitui em um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos três gestores (federal, estadual e municipal). O pacto em defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelos três níveis federativos no sentido de reforçar o SUS como política de estado e de defender os princípios basilares dessa política pública, inscritos na constituição federal. O pacto de gestão estabelece as responsabilidades de cada ente federativo de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais evidente quem deve fazer o quê, contribuindo com o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS.

Vale destacar também que atualmente no Brasil, juntamente com as ações públicas voltadas à Saúde dos Trabalhadores, são utilizadas as práticas da Medicina do Trabalho e da Saúde ocupacional. A Medicina do Trabalho atua ainda no interior das fábricas, no seio dos serviços de Engenharia e Medicina do Trabalho – SESMT e de

empresas prestadoras de serviços de Medicina do Trabalho, realizando exames médicos admissionais, periódicos e demissionais. A Saúde Ocupacional, por sua vez, é uma concepção utilizada por algumas grandes empresas e entidades de pesquisa, incorporada à prática da Medicina do Trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

No cenário capixaba, a Saúde do Trabalhador surge a partir do fortalecimento do movimento operário, do apoio à luta dos sindicatos, da busca por eleições diretas, da inserção cada vez maior da igreja católica nos movimentos sociais através das Comunidades Eclesiais de Base (CEB's) e do renascimento do movimento estudantil, dentre outros fatores (SODRÉ, 2002).

Seguindo as perspectivas da assistência à Saúde dos Trabalhadores no Brasil, instituiu-se o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo, na capital do Estado (Vitória), que surge com o objetivo de modificar o perfil de morbimortalidade do trabalhador, dentro de um enfoque epidemiológico, com ações que melhorem a qualidade de vida do mesmo.

Além disso, vale ressaltar que se encontra em processo de implantação o Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador no município de Cachoeiro de Itapemirim, importante reivindicação de muitas lutas dos trabalhadores e do SINDIMARMORE a favor de uma melhor assistência à Saúde do Trabalhador. Esse CRST irá atender à demanda da região do sul do Estado, servindo como retaguarda técnica e científica para as instâncias do SUS.

O CRST de Cachoeiro de Itapemirim irá atender, dentre vários setores da economia, os trabalhadores da indústria de rochas ornamentais, que se concentram na região e que são acometidos por inúmeros processos mórbidos desencadeados pelo desgastante e insalubre processo de trabalho nesse setor da economia que, devido a isso, é classificado na incômoda posição de risco 4, maior risco existente, de acordo com a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.0, 2007).

Assim, a hipótese desse estudo é a de que o processo de trabalho na indústria de rochas ornamentais, no distrito de Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES, está relacionado com os acidentes de trabalho e doenças profissionais demandantes de ações de saúde específicas no campo de Saúde do Trabalhador.

METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa possui natureza quantitativa, caráter descritivo e delineamento transversal.

O método quantitativo é utilizado prioritariamente em pesquisas que visam à coleta e mensuração de características que se distribuem de forma variada em populações. Essas características são tratadas por meio de técnicas estatísticas (TEIXEIRA; PACHECO, 2005).

O caráter descritivo remete, de acordo com Tobar et al. (2002), aos estudos que expõem características de determinada população ou de determinado fenômeno, podendo estabelecer relações entre variáveis, mas não tendo o compromisso de explicar o fenômeno que descreve.

Em relação ao delineamento transversal, Medronho (2006) afirma que tal metodologia é característica de estudos epidemiológicos de observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade. Possuem como finalidade a estimativa de prevalência e são caracterizados por seu relativo baixo custo e rapidez.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no distrito de Itaóca Pedra, pertencente ao município de Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo.

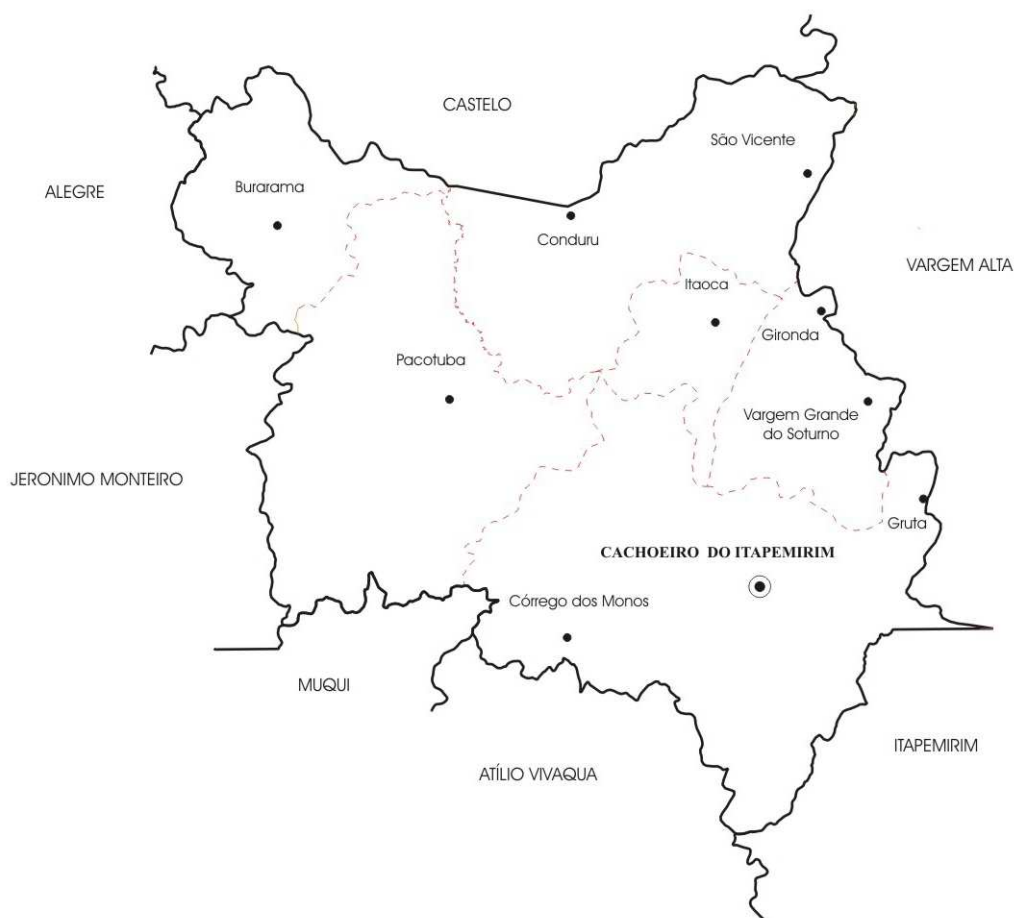


Figura 3: Divisão político-administrativa do município de Cachoeiro de Itapemirim.

Fonte: Instituto de Defesa Agropecuária e Florestal do Espírito Santo

O município de Cachoeiro de Itapemirim está localizado na macrorregião Sul do Espírito Santo, ocupando uma área equivalente a 1,96% do território estadual. Estima-se que sua população em 2006 será de 198.150 habitantes (IBGE, 2000).

Além da sede, o município é composto por mais 10 distritos; dentre eles, o de Itaóca Pedra. Esse distrito possuía 5.243 habitantes, no ano de 2000 (IBGE, 2000). Os habitantes são caracterizados por possuir etnia bastante variada, não havendo predominância de nenhuma raça e/ou descendência.

A localidade possui sua economia baseada na indústria de extração e beneficiamento de mármore, granito, calcário e cal. Além dessa atividade, destaca-se a presença, em pequena escala, da agropecuária - cana-de-açúcar, café e pecuária de leite e de corte.

Em relação aos serviços de saúde oferecidos à população, o distrito conta somente com serviços públicos – que consistem em um Pronto Atendimento e uma Unidade da Saúde da Família.

4.3 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

Foram alvos da pesquisa os trabalhadores do setor de exploração e beneficiamento de rochas ornamentais cadastrados no Sindicato dos Trabalhadores do Mármore, Granito e Calcário do Espírito Santo – SINDIMARMORE, que contribuíam com o mesmo e que residiam no distrito de Itaóca Pedra durante a coleta de dados.

O SINDIMARMORE é o órgão de representação sindical dos trabalhadores do setor do mármore e granito. Esse órgão abrange todo o Espírito Santo, possuindo sua sede em Cachoeiro de Itapemirim e suas sub-sedes nos municípios de Nova Venécia, Barra de São Francisco, Baixo Guandu, Serra e Vargem Alta.

A instituição foi fundada em agosto de 1990 e teve o seu registro e reconhecimento institucional em março de 1991. O órgão surgiu do sentimento de indignação e de protesto contra as mortes e as mutilações de trabalhadores provocadas no setor de mármore e granito, e contou com o apoio das comunidades envolvidas com a atividade e também com o apoio da igreja católica (MOULIN, 2006).

O SINDIMARMORE vem atuando na defesa dos direitos do trabalhador. Dentre esses, o direito à saúde. Sua atuação se dá por meio de fiscalizações nas empresas; denúncia junto à mídia, aos Ministérios Público e do Trabalho; esclarecimento das dúvidas dos trabalhadores; campanhas de combate às inadequações nas questões de saúde e segurança no trabalho; e o apoio a pesquisas científicas no campo da Saúde do Trabalhador.

Além disso, o sindicato oferece aos associados e seus dependentes assistência médica, odontológica e jurídica, bem como cursos de informática, distribuição de cestas básicas para filiados carentes e auxílio financeiro na compra de materiais médicos para mutilados e incapacitados.

De acordo com dados do SINDIMARMORE, no ano de 2007, existia um quantitativo de 17.850 sindicalizados em todo o estado do Espírito Santo, sendo que grande parte desse número vem da contribuição do município de Cachoeiro de Itapemirim, que contava, até o fim de 2007, com a soma de 9.460 associados.

O distrito de Itaóca Pedra, um dos principais pólos de exploração e beneficiamento de rochas ornamentais (principalmente o mármore, calcário e cal) possui um quantitativo de 453 trabalhadores com registro no sindicato, sendo que 65 desses assinaram o termo de renúncia junto ao sindicato - o que está relacionado, na maioria das vezes, à questão do trabalho em áreas administrativas do setor. Dessa forma, foram alvos do estudo os 388 trabalhadores associados e contribuintes do SINDIMARMORE, moradores de Itaóca Pedra.

Optou-se por estudar somente os trabalhadores do gênero masculino, já que constituem a quase totalidade dos trabalhadores desse setor.

De acordo com a instituição, o número real desses trabalhadores, no distrito, incluindo sindicalizados e não sindicalizados, está em torno de 600 trabalhadores.

4.3.1 Processo de Amostragem

A população base para o processo de amostragem foi constituída dos 388 trabalhadores, do sexo masculino, do setor de rochas ornamentais, moradores de Itaóca Pedra e que em dezembro de 2007 se encontravam cadastrados e contribuindo com o SINDIMARMORE.

Para determinar o tamanho mínimo da amostra necessária ao estudo, utilizou-se o software estatístico Epi Info, em que se considerou como parâmetros: estimativa de prevalência de 25% para morbidade (percentual de eventos mórbidos obtidos em estudos anteriores, em relação à morbidade referida nos 15 dias anteriores à pesquisa) (GARCIA JÚNIOR, 2006; GOMES; TANAKA, 2003; CESAR; TANAKA, 1995; CESAR et al., 1996) e erro amostral definido em 5%.

Dessa forma, a amostra mínima calculada foi de 166 indivíduos, ao qual se adicionou um quantitativo de 20%, considerando possíveis perdas. Totalizou-se, assim, 200 indivíduos a serem entrevistados.

Tais indivíduos foram selecionados por sorteio aleatório a partir da lista dos trabalhadores filiados e contribuintes do setor de rochas ornamentais, moradores de Itaóca Pedra. A lista foi disponibilizada pelo SINDIMARMORE.

4.4 INSTRUMENTO

A coleta de dados ocorreu a partir da aplicação de um formulário (ANEXO C), constituído de perguntas fechadas e abertas, contendo 4 partes: caracterização sócio-demográfica e do domicílio; morbidade referida e acesso aos serviços de saúde; hábitos de vida; e perfil de inserção/organização do trabalho e condições de trabalho referidas.

As variáveis sócio-demográficas e do domicílio são de grande relevância para a pesquisa, já que permitem a identificação do perfil dos trabalhadores. Tais questões auxiliam no conhecimento das condições de vida dos trabalhadores do setor de rochas.

As variáveis de morbidade referida e acesso aos serviços de saúde são utilizadas para o levantamento da situação de saúde dos trabalhadores, assim como das condições de acesso e utilização dos serviços de saúde pelos trabalhadores da indústria de rochas ornamentais.

As variáveis que caracterizaram os hábitos de vida estão relacionadas com uso de bebidas alcoólicas, hábito de fumar e realização de atividades físicas.

As variáveis que investigam o perfil de inserção/organização do trabalho e condições de trabalho referidas demonstram as características da profissão, da atividade de trabalho desenvolvida, do ambiente em que o trabalho é realizado e da satisfação do trabalhador com sua profissão, o que permite um maior entendimento do processo de trabalho e de suas consequências para o trabalhador. Essas variáveis possibilitarão uma aproximação com a noção de cargas de trabalho, proposta por Laurell e Noriega (1989), cuja análise ocorrerá conjuntamente à do perfil de morbidade, a fim de caracterizar o desgaste desses trabalhadores.

Foram aferidas tanto a morbidade referida aguda quanto a crônica. Para tal classificação, tomou-se como base os estudos realizados por Cesar e Tanaka (1996), Cesar et al. (2001) e Garcia Júnior (2006), em que a morbidade aguda é considerada como aquela referida pelo indivíduo como ocorrida nos 15 dias que antecederam a data da coleta de dados, podendo ser uma doença crônica que se agravou. Como morbidade crônica se considera aquela referida como problemas de saúde ou doença que começaram há mais tempo, mas que periodicamente se repetem, mesmo que não tenha havido queixa no último mês (GOMES; TANAKA, 2003).

Os estudos que fazem o uso do levantamento de morbidade referida têm como primordial importância conhecer, através do relato do próprio trabalhador, sua condição de saúde, assim como os sinais e sintomas que o mesmo vem apresentando, sem que haja interferência de um diagnóstico médico.

De acordo com estudo de Gomes e Tanaka (2003), as taxas de morbidade têm sido consideradas indicadores confiáveis das condições de saúde populacional e reveladoras de desigualdades entre os grupos.

A escolha da verificação da morbidade referida nos 15 dias que antecedem à entrevista se baseia na realização de outros estudos exitosos, no Espírito Santo (GARCIA JÚNIOR, 2006; ZANDONADI, 2008) e no Brasil, que utilizaram essa classificação. Sua escolha se justifica, principalmente, pela diminuição do viés de memória que pode acontecer quando o período a ser lembrado é maior.

O método de levantamento de morbidade referida vem sendo utilizado por diversos estudos na área de saúde (GARCIA JÚNIOR, 2006; GOMES; TANAKA, 2003; CESAR; TANAKA, 1995; CESAR et al., 1996), permitindo ao trabalhador a expressão do seu ponto de vista sobre seu estado de saúde. Como afirma Good e Good (apud CARDOSO; GOMES, 2000, p.504),

[...] toda doença é fenômeno significativo e a atividade médica é sempre interpretativa. O médico interpreta os sintomas reportados por seus pacientes e os retraduz nas categorias do saber médico, fundamentado pelas ciências biológicas. O doente, por sua vez, possui um ponto de vista concernente ao seu estado e forja, a esse respeito, um modelo explicativo que, embora individual, em parte, está enraizado na cultura [...].

Dentre as variáveis contidas no questionário do estudo, algumas não foram utilizadas para a fase de apresentação dos resultados e discussão dos dados. São elas: pagamento pelo serviço recebido; incapacidade para o trabalho em decorrência do agravo crônico; tempo médio de espera pelo atendimento no serviço de saúde; função atual; e se sentir valorizado pelo trabalho que realiza.

O que motivou a exclusão das variáveis para as etapas de resultados e análise foi um confundimento no preenchimento de tais variáveis pelas entrevistadoras, o que poderia impactar negativamente na qualidade do estudo.

4.5 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Para que se iniciasse a operacionalização do estudo se fez necessária uma aproximação com o campo de trabalho, a fim de se conhecer os processos e as pessoas envolvidas com a atividade no setor de rochas ornamentais, assim como as envolvidas com o setor da saúde no município e no distrito.

Para isso, foi feito, inicialmente, contato com o SINDIMARMORE, que apoiou a realização da pesquisa e forneceu uma lista com o quantitativo de trabalhadores sindicalizados no distrito de Itaóca Pedra, de onde foi selecionada a amostra do estudo.

Em seguida, realizou-se uma visita técnica à Secretaria Municipal de Saúde e aos serviços de saúde do distrito de Itaóca Pedra para se conhecer a localidade, assim como a realidade social e de assistência à saúde no distrito.

Nesse momento foi realizada uma entrevista informal com um líder comunitário do distrito, que retratou o descaso político do município para com os problemas sociais enfrentados pela população, como a grande quantidade de poeira, ruas sem rede de esgoto, ausência de áreas de lazer, dentre outros.

Para se conhecer a situação de saúde da população, assim como a assistência à saúde no distrito, fez-se uma entrevista, também informal, com a enfermeira da Unidade de Saúde da Família do distrito. De acordo com seu relato, a assistência à

saúde dos trabalhadores, apesar de necessária, na maioria das vezes fica comprometida em função do horário de funcionamento da unidade, da dificuldade em criar vínculos com os trabalhadores e também pela pressão patronal para que não seja feito o nexo causal entre a doença e o processo de trabalho desenvolvido pelo trabalhador.

Após tal explanação, o projeto de pesquisa e o instrumento para coleta de dados foram construídos e submetidos ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. A submissão do projeto ao Comitê de ética e Pesquisa da EMESCAM se deu pelo fato de que, no período de submissão, o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), onde o presente estudo está vinculado, não estava em funcionamento.

Depois da aprovação do projeto, realizou-se um pré-teste para a avaliação e adequação do instrumento de coleta de dados, visando a melhor cumprir os objetivos da pesquisa. Os dados obtidos nessa etapa não foram utilizados nos resultados da pesquisa. O pré-teste foi realizado pela pesquisadora e pelas entrevistadoras.

As entrevistadoras possuíam grau médio de escolaridade e utilizavam seus horários livres para fazerem as entrevistas - geralmente, aos fins de semana e à tarde. Ambas foram treinadas para a aplicação do questionário, na fase do pré-teste, e receberam constantemente o apoio e a ajuda da pesquisadora. A aplicação do questionário foi remunerada por número de entrevistas realizadas.

Durante essa fase, os entrevistadores foram orientados a transcrever na íntegra o que o trabalhador relatava - não fazendo, dessa forma, nenhuma tradução técnica, principalmente referente à parte do questionário que investigava a morbidade referida. Tal medida foi tomada para evitar erros na classificação dos sinais e sintomas, o que foi feito posteriormente pela pesquisadora, com base na Classificação Internacional das Doenças (CID 10).

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto a novembro de 2008. Durante todo o período da coleta de dados a pesquisadora acompanhou os entrevistadores e também realizou a reaplicação dos formulários em 10% da amostra por eles

entrevistada. Tal medida foi tomada para confirmar a veracidade dos dados, garantindo o bom andamento e a qualidade da pesquisa.

No início da coleta dos dados, contou-se com o auxílio de um trabalhador entrevistado no pré-teste, que se disponibilizou a ajudar a localizar os trabalhadores em seus endereços. No entanto, ao ultrapassar os limites da rua e do bairro onde o referido trabalhador residia, foram aumentando as dificuldades na localização dos trabalhadores, considerando a grande extensão do distrito e a dispersão dos trabalhadores em área urbana e rural.

Dessa forma, com a preocupação com os prazos da pesquisa, optou-se por contatar as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) do distrito como meio de localizar o endereço dos trabalhadores, assim como o melhor horário para a realização das entrevistas. Essa opção foi feita considerando o grande conhecimento que as ACS possui, tanto sobre as pessoas quanto como sobre a localização geográfica. Isso facilitou muito a localização dos trabalhadores e também, na maioria das vezes, a marcação de um horário apropriado para a aplicação do questionário pelas entrevistadoras.

Os trabalhadores foram previamente informados através de uma comunicação escrita enviada pela pesquisadora (ANEXO B), via Agente Comunitário de Saúde, que explicava os objetivos da pesquisa e os convidava para participação voluntária.

Por ocasião da entrevista para a coleta de dados, os trabalhadores que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

De forma geral, os entrevistadores foram bem recebidos. Acredita-se que a comunicação escrita enviada aos trabalhadores anteriormente à coleta de dados tenha contribuído para isso. Das 200 entrevistas previstas, foram realizadas 187, 17 a menos que a amostra mínima preconizada (16). Dentre as 16 entrevistas não realizadas, encontram-se 5 recusas e 11 trabalhadores não encontrados em seus endereços, por motivo de mudança do distrito ou por não estarem presentes em suas residências após 3 tentativas.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.6.1 Caracterização sócio-demográfica e do domicílio.

Idade

Avaliada em número de anos completos vividos.

Raça/cor

Utilizou-se a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), empregada no último censo realizado, que a categoriza em: branca, preta, amarela, parda, indígena e sem declaração.

Procedência

Indicou o local de nascimento do trabalhador como proveniente do próprio distrito, de outros distritos do município de Cachoeiro de Itapemirim ou de outros municípios ou estados.

Anos de estudo

Mensurou os anos de estudos cursados pelo trabalhador, em números inteiros, não considerando os anos de estudo em que houve repetências ou desistências.

Estado civil

Classificou o trabalhador de acordo com sua situação conjugal, através das categorias: solteiro, casado/vive maritalmente com alguém, viúvo, divorciado/desquitado/separado.

Número de pessoas que residem no mesmo domicílio que o trabalhador

Identificou o número de pessoas que residem no mesmo domicílio que o trabalhador, através de números inteiros.

Número de pessoas que dependem financeiramente do trabalhador

Indicou o número de pessoas da família que dependem financeiramente do trabalhador, incluindo o próprio trabalhador, através de números inteiros.

Tipo de domicílio

Avaliou através da opção para a ocorrência de casa de madeira ou de alvenaria e a ocorrência de imóvel próprio ou alugado.

Infraestrutura urbana para coleta lixo

Avaliada através da opção sim ou não para a ocorrência de coleta de lixo pública no domicílio do trabalhador.

Infraestrutura urbana para rede de esgoto

Avaliada através da opção sim ou não para a ocorrência de rede de esgoto no domicílio do trabalhador.

Infraestrutura urbana para calçamento

Avaliada através da opção sim ou não para a ocorrência de calçamento na rua onde reside trabalhador.

Infraestrutura urbana para eletricidade

Avaliada através da opção sim ou não para a ocorrência de eletricidade no domicílio do trabalhador.

Infraestrutura urbana para água tratada

Avaliada através da opção sim ou não para a ocorrência de água tratada no domicílio do trabalhador.

Atividade ocupacional anterior

Avaliou, através das alternativas nenhuma, rural/agropecuária, comércio e outras, a precedência ocupacional do trabalhador.

Outra atividade ocupacional anterior

Identificou, através de pergunta aberta, a ocorrência de outra atividade ocupacional anterior não classificada diretamente na variável anterior.

4.6.2 Morbidade referida e acesso aos serviços de saúde**Auto-avaliação do estado de saúde**

Avaliou a opinião que o trabalhador possui sobre sua condição de saúde, através das categorias: Muito bom; Bom; Regular; Ruim; Muito ruim.

Plano de saúde

Investigou a posse de plano de saúde, mediante as categorias sim ou não.

Tipo do plano de saúde

Identificou o tipo de financiamento do plano de saúde, através das opções: particular, empresarial ou outro.

Outro tipo de plano de saúde

Investigou a ocorrência de modalidades de financiamento do plano de saúde diferentes das abordadas na variável anterior, através de questão aberta.

Ocorrência de problema de saúde nos últimos 15 dias

Identificou a ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias, de acordo com a percepção e o relato do trabalhador, através das alternativas sim e não, visando a estabelecer a prevalência de morbidade referida aguda nessa população.

Tipo(s) de problema(s) de saúde nos últimos 15 dias

Identificou, nos indivíduos que afirmaram ter algum problema de saúde nos últimos 15 dias, qual(is) o(s) problema(s) de saúde manifestados nesse período, através de questões abertas. Tais agravos foram posteriormente agrupados em grandes aparelhos do organismo, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças, 10ª versão (CID 10).

Relação entre atividades do trabalho e situação de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista

Avaliou a opinião dos trabalhadores sobre a existência de relação entre o trabalho e o problema de saúde, através das alternativas sim e não.

Aspectos do trabalho relacionados ao problema de saúde agudo

Investigou, através de questão aberta, os aspectos do processo produtivo no setor de rochas ornamentais que o trabalhador considerou ter relação com seu problema de saúde. Posteriormente esses aspectos foram agrupados por similaridade temática.

Afastamento do trabalho devido a problema de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista

Verificou, através das alternativas sim e não, se os trabalhadores que responderam ter tido problemas de saúde nos últimos 15 dias necessitaram de afastamento de suas atividades laborais.

Problema de saúde determinante do afastamento do trabalho

Aplicada aos trabalhadores que foram afastados do trabalho por problemas de saúde nos últimos 15 dias, e identificou o problema de saúde que determinou o afastamento do trabalhador de sua atividade de trabalho através de questão aberta.

Procura de atendimento, devido a problema de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista

Identificou, através da opção sim ou não, a procura de atendimento, devido à problema de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista.

Local de atendimento ao problema de saúde

Investigou o local de atendimento dentre os trabalhadores que relataram ter tido problemas de saúde nos últimos 15 dias. Os locais de atendimento foram categorizados da seguinte maneira: Parentes ou vizinhos; Farmácia; Posto ou centro de saúde; Pronto atendimento público; Pronto-socorro ou emergência públicos; Hospital público; Unidade de Saúde da Família; Sindicato; Consultório médico particular; Ambulatório ou consultório da empresa; Pronto socorro ou emergência particular; Hospital particular ou Outros.

Outro local de atendimento ao problema de saúde agudo

Investigou o atendimento do trabalhador em outro estabelecimento de saúde, que não esteja descrito na variável acima, através de questão aberta.

Efetivação do atendimento

Verificou a efetivação do atendimento de saúde procurado pelo trabalhador através das categorias sim ou não.

Relação entre trabalho e problema de saúde feita pelo médico

Para os indivíduos que apresentaram problemas de saúde nos últimos 15 dias e que procuraram atendimento médico, buscou-se conhecer, através das alternativas sim e não, a realização de relação, pelo médico que o atendeu, entre o problema de saúde do trabalhador e o trabalho do mesmo.

Encaminhamento para outro serviço de saúde

Verificou a realização de encaminhamento do trabalhador após o atendimento inicial - quando a porta de entrada do serviço de saúde não foi capaz de resolver seu problema de saúde do trabalhador - através das alternativas sim e não.

Local para o qual o trabalhador foi encaminhado

Identificou, através de questão aberta, o local para o qual o trabalhador que não conseguiu atendimento no serviço que procurou inicialmente foi encaminhado. As respostas foram posteriormente categorizadas por similaridade temática.

Efetivação do atendimento de saúde no serviço ao qual o trabalhador foi encaminhado

Identificou, através das alternativas sim e não, a efetivação do atendimento de saúde no serviço ao qual o trabalhador foi encaminhado. As respostas foram posteriormente categorizadas por similaridade temática.

Resolução do problema saúde

Verificou, através de questão aberta, a resolução do problema de saúde do trabalhador no serviço ao qual foi encaminhado.

Motivo da não resolução do problema saúde

Identificou, através de questão aberta, o motivo pelo qual o problema de saúde não foi resolvido. As respostas foram posteriormente categorizadas por similaridade temática.

Ocorrência de problema de saúde nos últimos 12 meses

Identificou a ocorrência de problemas de saúde nos últimos 12 meses, de acordo com a percepção e o relato do trabalhador, através das alternativas sim e não, visando a estabelecer a prevalência de morbidade referida crônica nessa população.

Tipo(s) de problema(s) de saúde nos últimos 12 meses

Constitui-se em uma questão aberta, para que os indivíduos que assinalaram ter apresentado problemas de saúde nos últimos 12 meses pudessem expor qual foi ou quais foram tais problemas, objetivando caracterizar o perfil de agravos relacionados à saúde. Os problemas de saúde foram agrupados em grandes aparelhos do organismo, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças, 10ª versão (CID 10).

Acompanhamento de saúde periódico em decorrência de agravo crônico

Identificou a realização de acompanhamento periódico de saúde às morbidades crônicas que acometem o trabalhador nos últimos 12 meses, através das categorias sim ou não.

Local procurado pelos trabalhadores com morbidade crônica para atendimento de saúde

Investigou o local onde ocorreu o atendimento médico dentre os trabalhadores que relataram ter tido problemas de saúde nos últimos 12 meses. Os locais de atendimento foram categorizados da seguinte maneira: Parentes ou vizinhos; Farmácia; Posto ou centro de saúde; Pronto atendimento público; Pronto socorro ou emergência públicos; Hospital público; Unidade de Saude da Família; Sindicato;

Consultório médico particular; Ambulatório ou consultório da empresa; Pronto socorro ou emergência particular; Hospital particular ou Outros.

Relação entre o agravo à saúde e as atividades de trabalho nos últimos 12 meses

Investigou a relação entre o agravo à saúde e as atividades desenvolvidas no ambiente de trabalho, através das categorias sim ou não.

Atividade de trabalho relacionada com o agravo crônico à saúde

Investigou, através de questão aberta, a atividade de trabalho que o trabalhador considera estar relacionada com o agravo. As respostas foram posteriormente categorizadas por similaridade temática.

Uso contínuo de medicação

Verificou, através das categorias sim ou não, o uso contínuo de medicação para controle do agravo crônico à saúde.

Local de aquisição de medicamentos

Identificou o local de aquisição de medicamentos de acordo com as seguintes categorias: Farmácia particular; Farmácia pública; ou Outros.

Ocorrência de acidente de trabalho

Verificou, através das opções sim e não, a ocorrência de acidente de trabalho durante todo o período em que o trabalhador esteve trabalhando no setor de rochas ornamentais.

Tipo de acidente de trabalho

Descreveu, através de questão aberta, o tipo do acidente de trabalho ocorrido com o trabalhador. As respostas foram posteriormente categorizadas por similaridade temática.

Emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)

Identificou, através das opções sim, não e não sei, a ocorrência da emissão de CAT para os trabalhadores que sofreram algum acidente de trabalho.

Utilização da Unidade de Saúde da Família (USF)

Identificou a utilização dos serviços oferecidos pela USF do distrito de Itaóca pelos trabalhadores do setor, através das opções sim e não.

Tipo de serviço de saúde utilizado pelo trabalhador na USF

Investigou, nos trabalhadores que referiram utilizar os serviços da USF, o tipo de serviço utilizado, através de questão aberta. As respostas foram posteriormente categorizadas por similaridade temática.

Motivo da não utilização pelo trabalhador dos serviços de saúde da USF

Investigou, nos trabalhadores que referiram não utilizar os serviços da USF, o motivo pelo qual não utiliza esse serviço, através de questão aberta. As respostas foram posteriormente categorizadas por similaridade temática.

Percepção do trabalhador sobre a satisfação com os serviços oferecidos pela USF

Identificou, através das opções sim e não, a percepção que o trabalhador possui sobre a satisfação de suas necessidades de saúde pela USF.

Motivo pelo qual o trabalhador considera que USF não satisfaz suas necessidades de saúde

Identificou, através de questão aberta, o motivo pelo qual o trabalhador considera que USF não satisfaz suas necessidades de saúde. As respostas foram posteriormente categorizadas por similaridade temática.

Necessidade, identificada pelo trabalhador, de melhoria do atendimento prestado pela USF

Investigou, através das opções sim e não, a necessidade de melhoria do atendimento prestado pela USF identificada pelo trabalhador.

Sugestões de melhorias no atendimento prestado pela USF

Verificou, através de questão aberta, as sugestões de melhorias no atendimento prestado pela USF apontadas pelo trabalhador. As respostas foram posteriormente categorizadas por similaridade temática.

Facilidade de acesso ao serviço de saúde

Identificação, através das categorias fácil e difícil, da facilidade de acesso do trabalhador ao serviço de saúde.

Motivo da dificuldade de acesso ao serviço de saúde

Identificou, através de questão aberta, o motivo da dificuldade de acesso ao serviço de saúde alegado pelo trabalhador. As respostas foram posteriormente categorizadas por similaridade temática.

Dispensa do trabalho

Identificou, através das opções: Sim; Sim, mas apenas com apresentação de atestado médico; e Não, a ocorrência de dispensa do trabalho por motivo de busca de atendimento de saúde.

Sentimento de respeito em relação aos profissionais de saúde

Identificou, através das opções sim e não, se o trabalhador se sente respeitado pelos profissionais de saúde.

Motivo pelo qual o trabalhador não se sente respeitado pelos profissionais de saúde

Identificou, através de questão aberta, o motivo pelo qual o trabalhador não se sente respeitado pelos profissionais de saúde. As respostas foram posteriormente categorizadas por similaridade temática.

4.6.3 Hábitos de vida**Uso de bebidas alcoólicas**

Identificou, através das categorias sim e não, o uso de bebidas alcoólicas em qualquer quantidade e em qualquer ambiente, mesmo que não seja o de trabalho.

Tabagismo

Investigou o hábito de fumar, através das alternativas sim e não.

Prática de atividades físicas

Averiguou a realização de atividades físicas pelo trabalhador fora do ambiente de trabalho, através das opções sim e não.

Práticas de atividade de lazer

Verificou a realização de atividades de lazer nas horas vagas através das categorias sim e não.

Tipos de atividades de lazer

Identificou, através de questão aberta, os tipos de atividades de lazer realizadas pelos trabalhadores. As respostas foram posteriormente categorizadas por similaridade temática.

Motivo pelo qual o trabalhador não realiza atividade de lazer

Identificou, através de questão aberta, o motivo pelo qual o trabalhador não realiza atividades de lazer. As respostas foram posteriormente categorizadas por similaridade temática.

4.6.4 Perfil de inserção/organização do trabalho e cargas de trabalho referidas

Profissão/ocupação

Para identificar a variável profissão, foi considerada a profissão que consta na carteira de trabalho.

Tempo de trabalho na indústria de rochas ornamentais

Verificou o tempo de trabalho, através da contagem dos anos e meses trabalhados. Posteriormente, para a composição do banco de dados, os meses foram transformados em decimais de anos.

Ramo/ atividade da empresa

Identificação das atividades desenvolvidas pela empresa, no local de trabalho do trabalhador, dentro das seguintes opções: extração, serragem, polimento, corte, moagem e outras, sendo que foi considerada, também, mais de uma alternativa.

Tempo durante o qual possuiu carteira assinada

Verificou o tempo total em que o trabalhador possuiu carteira assinada no setor de rochas ornamentais, através da contagem dos anos e meses trabalhados. Posteriormente, para a composição do banco de dados, os meses foram transformados em decimais de anos.

Horário de trabalho

Identificou o turno de trabalho em que o trabalhador encontra-se na realização de suas atividades, através das seguintes categorias: fixo no turno diurno; fixo no turno noturno; e em turnos alternados (escala).

Pausa para lanches e refeições durante a jornada

Identificou a realização de pausas para refeições durante o horário de trabalho, assim como o tempo médio, medido em minutos, dessas pausas.

Horas-extras trabalhadas no mês anterior à entrevista

Verificou a realização de horas-extras trabalhadas no último mês de trabalho anterior à entrevista.

Ocorrência de autonomia na função que realiza

Identificou, através das alternativas Sim, Às vezes e Não, a ocorrência de autonomia do trabalhador na função que exerce dentro da empresa, de acordo com relato do trabalhador.

Ocorrência de oportunidade de promoção dentro da empresa

Identificou, através das alternativas Sim, Às vezes e Não, a ocorrência de oportunidade de promoção dentro da empresa, de acordo com relato do trabalhador.

Ocorrência de cooperação entre colegas de trabalho

Identificou, através das alternativas Sim, Às vezes e Não, a ocorrência de cooperação entre colegas de trabalho no desenvolvimento das atividades cotidianas, de acordo com relato do trabalhador.

Ocorrência de ritmo de trabalho acelerado

Identificou, através das alternativas Sim, Às vezes e Não, a ocorrência de trabalho em ritmo acelerado, de acordo com relato do trabalhador.

Ocorrência de improvisações no desenvolvimento de atividades

Identificou, através das alternativas Sim, Às vezes e Não, a ocorrência de improvisações no desenvolvimento da atividade de trabalho, de acordo com relato do trabalhador.

Ocorrência de treinamentos adequados para o desempenho da função

Identificou, através das alternativas Sim, Às vezes e Não, a ocorrência de treinamentos adequados para desempenho da função, de acordo com relato do trabalhador.

Ocorrência de reconhecimento do trabalho por parte de empregadores, familiares e amigos

Identificou, através das alternativas Sim, Às vezes e Não, a ocorrência de reconhecimento do trabalho desenvolvido pelo trabalhador, por parte do empregador, de sua família e amigos, de acordo com relato do trabalhador.

Sentimento do trabalhador ao fim do expediente

Verificou, através de questão aberta, o relato do trabalhador sobre como o mesmo se sente ao fim do dia de trabalho. Posteriormente, a variável foi agrupada em categorias de sentido.

Ocorrência de exposição à poeira

Identificou, através das opções sim e não, a ocorrência de exposição à poeira no ambiente de trabalho.

Ocorrência de exposição ao ruído intenso

Identificou, através das opções sim e não, a ocorrência de exposição ao ruído intenso no ambiente de trabalho.

Ocorrência de exposição à vibração intensa

Identificou, através das opções sim e não, a ocorrência de exposição à vibração intensa no ambiente de trabalho.

Ocorrência de exposição a calor intenso

Identificou, através das opções sim e não, a ocorrência de exposição a calor intenso no ambiente de trabalho.

Ocorrência de exposição ao sol

Identificou, através das opções sim e não, a ocorrência de exposição ao sol no ambiente de trabalho.

Ocorrência de exposição à chuva

Identificou, através das opções sim e não, a ocorrência de exposição à chuva no ambiente de trabalho.

Disponibilidade de Instalações sanitárias na empresa

Identificou, através das opções sim e não, a disponibilidade de instalações sanitárias no ambiente de trabalho.

Disponibilidade de vestiários na empresa

Identificou, através das opções sim e não, a disponibilidade de vestiários no ambiente de trabalho.

Disponibilidade de refeitório na empresa

Identificou, através das opções sim e não, a disponibilidade de refeitório no ambiente de trabalho.

Disponibilidade na empresa de água filtrada para o consumo

Identificou, através das opções sim e não, a disponibilidade de água filtrada para o consumo dos trabalhadores no ambiente de trabalho.

Tipo de transporte utilizado para ir e voltar do trabalho

A variável foi distribuída em tipos de transportes disponibilizados pela empresa – ônibus, caminhão, carro aberto, outros - ou pelo próprio trabalhador – à pé ou de bicicleta, ônibus de rua, carro, moto ou outros.

Segurança do transporte utilizado

Identificou, através das categorias sim e não, a opinião do trabalhador em relação à segurança do transporte utilizado pelos mesmos no trajeto do trabalho.

Motivo pelo qual o trabalhador considera seguro o transporte utilizado em seu trajeto do trabalho

Identificou, através de questão aberta, o motivo pelo qual o trabalhador considera seguro o transporte utilizado em seu trajeto do trabalho. Posteriormente as repostas foram agrupada por similaridade temática.

Motivo pelo qual o trabalhador considera inseguro o transporte utilizado em seu trajeto do trabalho

Identificou, através de questão aberta, o motivo pelo qual o trabalhador não considera seguro o transporte utilizado em seu trajeto do trabalho. Posteriormente as respostas foram agrupada por similaridade temática.

Disponibilização de EPI pela empresa

Verificou a disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os trabalhadores, através das alternativas sim e não.

Utilização de EPI

Identificou, através das opções sim e não, o uso do EPI disponibilizado pela empresa.

Motivo pelo qual o trabalhador não utiliza EPI

Identificou, através de questão aberta, o motivo pelo qual o trabalhador não utiliza os EPI disponibilizados pela empresa. Posteriormente, as respostas foram agrupadas por similaridade temática.

Aspecto do trabalho considerado prejudicial à saúde do trabalhador

Identificou, através de questão aberta, aspecto (s) do trabalho considerados prejudiciais à saúde do trabalhador, de acordo com a percepção do mesmo. Posteriormente, as respostas foram agrupadas por similaridade temática.

4.7 ANÁLISE DE DADOS

Após aplicação dos questionários, as respostas foram digitadas no programa Excel 2003, a fim de compor um banco de dados.

As variáveis que comportaram respostas abertas passaram por processo de sistematização em categorias, de acordo com a similaridade temática entre elas, visando ao maior cumprimento de sua função descritiva.

Particularmente, as variáveis “problemas de saúde nos últimos 15 dias” e “problemas de saúde nos últimos 12 meses” foram classificadas de acordo com os capítulos da Classificação Internacional das Doenças, edição número 10 (CID 10).

Em seguida, foram aplicados os métodos da estatística descritiva: tabelas de distribuição das variáveis qualitativas, demonstrando as frequências absolutas e relativas dos dados; cálculo da média e desvio padrão das variáveis quantitativas.

As variáveis “ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias” e “ocorrência de problemas de saúde nos últimos 12 meses” foram tomadas como variáveis dependentes, para as quais foram aplicados métodos de estatística analítica, tomando-se como variáveis independentes aquelas relacionadas às características sociodemográficas e de domicílio, aos hábitos de vida e às características de inserção no trabalho e condições de trabalho referidas, além da avaliação sobre a utilização do PSF.

Com o objetivo de estudar as possíveis associações entre a ocorrência de morbidade referida nos trabalhadores com as variáveis quantitativas, foi utilizado o teste t de *student* (teste paramétrico, utilizado quando há distribuição normal dos dados e igualdade de variâncias das duas amostras) ou o teste de Mann-Whitney, (teste não-paramétrico, utilizado quando não há distribuição normal dos dados e igualdade de variâncias das duas amostras).

Para a verificação de possíveis associações entre a ocorrência de morbidade referida nos trabalhadores com as variáveis qualitativas foram feitas tabelas cruzadas e utilizado o Teste Qui-Quadrado (teste paramétrico) ou o Teste Exato de Fisher.

Foi adotado um nível de significância de 5% para todos os testes, isto é, sempre que o teste fornecer um p-valor menor do que 0,05, diz-se que existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Os dados foram posteriormente organizados, analisados e discutidos de acordo com 4 eixos principais: 1) Caracterização dos trabalhadores do setor de rochas ornamentais – aspectos sociodemográficos do trabalhador; aspectos relacionados à situação domiciliar; aspectos relacionados aos hábitos de vida; aspectos da inserção no trabalho do setor de rochas ornamentais; condições e cargas de trabalho percebidas pelos trabalhadores (ocorrência de acidentes de trabalho); 2) Condições de saúde dos trabalhadores - Morbidade referida aguda; morbidade referida crônica; afastamento do trabalho devido à morbidade; reconhecimento da relação entre morbidade e atividade ocupacional; 3) Recursos de saúde utilizados pelos trabalhadores - recursos de saúde utilizados pelos trabalhadores que apresentaram morbidade referida aguda; pelos trabalhadores que apresentaram morbidade referida crônica; e utilização do Programa de Saúde da Família (PSF) do distrito; 4) Associação entre morbidade referida e atividade ocupacional.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A participação dos trabalhadores na pesquisa foi espontânea e de caráter voluntário. As informações obtidas são de caráter confidencial, sendo resguardadas à privacidade dos entrevistados na análise e apresentação dos dados.

Os indivíduos selecionados para a pesquisa, antes de responderem ao formulário, foram informados sobre as características, objetivos e finalidades da pesquisa, através do termo de consentimento livre e esclarecido, em que o entrevistado assinou, autorizando sua participação no estudo (ANEXO A).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, cumprindo plenamente as exigências da resolução 196/96. O comprovante de aprovação segue em anexo (ANEXO B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SETOR DE ROCHAS ORNAMENTAIS

5.1.1 Aspectos Socio-demográficos dos Trabalhadores

O presente estudo focou sua análise nos trabalhadores do sexo masculino do setor de rochas ornamentais, uma vez que a grande maioria da força de trabalho faz parte desse gênero - resultado da natureza “rude e pesada” do trabalho nesse setor.

O perfil etário dos trabalhadores pesquisados mostra uma média de 36,5 anos (DP = 10,89), variando entre 18 anos e 62 anos. É importante ressaltar que a coleta de dados da presente pesquisa abrangeu apenas trabalhadores sindicalizados, ou seja, aqueles que possuem carteira assinada. Foram excluídos os trabalhadores menores de 18 anos que trabalham no setor.

Tabela 1 apresenta os resultados obtidos em relação à raça/cor, procedência e estado civil.

Tabela 1: Distribuição dos trabalhadores do setor de rochas ornamentais, segundo raça/cor, procedência e estado civil. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

<i>Variável</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Raça/cor		
Parda	94	50,3
Branca	45	24,1
Negra	45	24,1
Amarela	1	0,5
Indígena	1	
Não respondeu	1	0,5
Procedência		
Itaóca Pedra	116	62
Outros distritos Cachoeiro de Itapemirim	21	11,2
Outros municípios/Estados	50	26,7
Estado civil		
Vive maritalmente com alguém	137	73,3
Solteiro	45	24,1
Divorciado/separado	3	1,6
Viúvo	2	1,1
TOTAL	187	100

Em relação ao grupo racial, a maioria dos trabalhadores (50,3%) é da raça parda. As raças negra e branca apresentaram a mesma representatividade no grupo estudado, 24,1% cada.

A maioria dos trabalhadores (62%) é natural do próprio distrito, o que demonstra a hegemonia econômica da indústria de rochas na região e a determinação social da mesma na vida das pessoas que “nascem e crescem ou vivem e morrem” no distrito. Além disso, importante também é a observação de que 11,2% dos trabalhadores provêm de outros distritos do município de Cachoeiro de Itapemirim e somente 27% são procedentes de outros municípios ou Estados.

A grande maioria dos trabalhadores (73,3%) é casada ou vive maritalmente com uma companheira. Esse dado evidencia um traço da cultura das classes populares, onde a estabilidade trazida por um trabalho formal, geralmente, vem acompanhada do casamento e conseqüentemente da formação da família. Para essas classes sociais, a tríade família, trabalho e comunidade, atrelados a religiosidade são encarados como valores fundamentais e direcionadores na vida.

Em relação à escolaridade, encontrou-se uma média de 6,1 anos de estudo ($DP = 2,89$), com variação entre 0 e 13 anos. Tal constatação mostra o baixo nível de escolaridade desse grupo, que, em média, estudou até a sexta série do ensino fundamental. Pouquíssimos conseguiram completar o ensino médio. No entanto, o número de anos de estudo identificado, para pessoas adultas (maiores de 25 anos de idade), é bem próximo da média do estado e do país, 6,96 e 6,9, respectivamente (IJSN, 2008).

5.1.2 Aspectos Relacionados à Situação Domiciliar do Trabalhador

A caracterização do tipo de domicílio em que reside o trabalhador do setor de rochas levou em consideração uma série de fatores.

Todos eles residiam em casas de alvenaria, de arquitetura simples e em muitos casos, inacabadas. Além disso, pode ser observada a presença comum de várias residências em um mesmo quintal, geralmente, pertencentes a indivíduos de uma

mesma família (avós, pais, filhos, tios, etc.), sendo que não raras foram as constatações de duas ou mais famílias dividindo o mesmo lar.

Tal fato foi relatado também por Moulin (2006, p. 96):

[...] Avós, adultos e crianças convivem muitas vezes no mesmo espaço – mais frequentemente em duas casinhas num mesmo terreno, ou em casas de dois andares. Quando não literalmente coladas, há também a modalidade de casas tão próximas que uma pode ser avistada pela outra [...].

O quadro 1 apresenta a porcentagem de presença de infraestrutura de serviços urbanos segundo o relato dos trabalhadores.

Quadro 1: Infraestrutura de serviços urbanos referidos por trabalhadores do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Suporte serviços urbanos	% (')
Coleta de lixo	80,7
Rede de esgoto	59,9
Calçamento	47,1
Eletricidade	99,5
Água tratada	93,6

(') Relativo aos 187 trabalhadores que responderam

A grande maioria das casas tem acesso à eletricidade (99,5%) e à água tratada (93,6%). Em levantamento dos indicadores sociais do Espírito Santo, do Instituto Jones dos Santos Neves, foi identificado que 99,54% dos domicílios do estado possuem acesso à energia elétrica, dado esse também identificado no presente estudo (IJSN, 2008).

Em relação à pavimentação das ruas, a maioria dos trabalhadores (52,9%) reside em ruas sem calçamento, o que pode ser explicado pelo fato de boa parte dos entrevistados residirem em região rural, onde a pavimentação das ruas não é comum

A localização dos imóveis dos trabalhadores possibilita que 80,7% das casas possuam coleta de lixo, pelo menos 1 vez na semana. Aproximadamente 60% possuem acesso à rede de esgoto – o que não se equivale a esgoto tratado. O

distrito não trata o esgoto por ele produzido; sendo assim, os dejetos são lançados no córrego local, sem nenhum tratamento prévio, demonstrando o descaso político para com o município. No Espírito Santo, o percentual de domicílios com acesso à rede de coleta de esgoto é de 63,1% - ligeiramente maior do que o percentual observado no distrito (IJSN, 2008).

Em relação ao número de pessoas que residem no domicílio do trabalhador, foi encontrado uma média de 3,86 pessoas por domicílio ($DP=1,53$), incluindo o próprio trabalhador. Em média, 3,45 pessoas dependem financeiramente do trabalhador do setor de rochas ornamentais.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos trabalhadores segundo propriedade do domicílio.

Tabela 2: Distribuição dos trabalhadores do setor de rochas ornamentais, segundo propriedade do domicílio. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

<i>Propriedade do domicílio</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Próprio	159	85
Alugado	25	13,4
Não respondeu	3	1,6
TOTAL	187	100

Em sua maioria (85%), os imóveis são de posse do próprio trabalhador, que, em alguns casos, construiu-o do próprio punho. A conquista da casa própria, pela maioria dos trabalhadores entrevistados, sinaliza sucesso diante da vida e garante estabilidade para a família através da moradia.

No Espírito Santo, foi constatado que 70,1% das pessoas residem em domicílio próprio e, no Brasil, 73,78% (IJSN, 2008).

5.1.3 Aspectos Relacionados aos Hábitos de Vida dos Trabalhadores

Dentre os hábitos potencialmente causadores de danos à saúde, o uso de bebidas alcoólicas aparece em 43,3% dos trabalhadores, enquanto que o tabagismo é feito por 15,3% dos trabalhadores.

Em relação aos hábitos saudáveis investigados, a prática de atividade física teve uma representação de 35,8% dos trabalhadores e as atividades de lazer são realizadas por 69,5% dos trabalhadores pesquisados.

As atividades de lazer mais frequentemente realizadas pelos trabalhadores são jogar futebol e passear (referidas por 30% cada); passear com a família (23,8%); e pescar (11,5%). Geralmente, as atividades de lazer realizadas pelos trabalhadores acontecem no próprio distrito e não comprometem o orçamento familiar, pois recebem baixa remuneração.

Além disso, foram investigados os motivos que levam, aproximadamente, 30% dos entrevistados a não realizarem nenhuma atividade de lazer. As justificativas mais frequentes foram à falta de tempo e o fato de não sentirem necessidade, ambas com 25,4%. Provavelmente o primeiro motivo apresentado encontra-se intimamente relacionado com o perfil da atividade de trabalho que desenvolvem, ou seja, jornadas de trabalho extensas, sendo que o trabalhador, mesmo depois que termina sua jornada diária, muitas vezes fica de sobreaviso ou à disposição da empresa para fazer horas extras.

Em relação à ausência de necessidade de realização de atividades de lazer por parte dos trabalhadores, destaca-se que tal fator pode estar permeado por diversos aspectos, dentre eles a cultura do trabalho e o total desconhecimento da vivência de práticas de lazer em decorrência de inúmeros aspectos - como, por exemplo, a falta de condições financeiras para tal e a ausência de dispositivos de lazer possibilitados pelas políticas públicas.

Outros motivos apresentados foram falta de condições financeiras (15,6%); falta de opção (11,7%); falta de disposição e cansaço (7,8%), dentre outros.

De acordo com o que pode ser observado, é fato que o lazer para essa população não se constitui em uma opção pessoal, mas sim como uma determinação social do meio onde vivem. Dessa forma, fica evidente o fato de a atividade de trabalho, também determinada socialmente, prevalecer sobre todas as outras atividades envolvendo a vida do trabalhador.

5.1.4 Aspectos da Inserção no Trabalho do Setor de Rochas Ornamentais

A Tabela 3 mostra que 57,8% dos trabalhadores tiveram como atividade ocupacional anterior ao trabalho no setor de rochas algum emprego ligado às atividades rural ou agropecuária, também desenvolvidas na região, sobretudo antes do início da exploração de mármore e granito. Esse dado coincide com o observado por Moulin (2006), que já destacava o fato dos trabalhadores passarem “da roça às rochas”, ou seja, da atividade rural para a extração de rochas ornamentais.

Tabela 3: Distribuição dos trabalhadores segundo tipo de atividade ocupacional anterior ao setor de rochas e ocorrência de trabalho complementar. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

<i>Variável</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Atividade ocupacional anterior		
Nenhuma	40	21,4
Rural (agropecuária)	108	57,8
Comércio	6	3,2
Outra(s)	33	17,6
Atividade de trabalho complementar		
Sim	19	10,2
Não	168	89,8
TOTAL	187	100

Outro fator importante a ser destacado é que 21,4% dos trabalhadores que hoje se encontram no ramo da pedra nunca trabalharam anteriormente. Tal fato evidencia a cultura local, em que, na maioria dos lares, o homem nasce e tem, basicamente, um “destino”: trabalhar no ramo da pedra.

Em relação ao tempo de trabalho no setor de rochas ornamentais, observou-se que, em média, os trabalhadores estão trabalhando há 15,3 anos (DP=10,39), sendo que a maioria dos trabalhadores sempre trabalhou com carteira assinada, dado evidenciado pela média de anos de trabalho com carteira assinada, que foi de 14,09 anos (DP=9,63).

A tabela 4 mostra que uma grande quantidade de cargos e funções foi encontrada

no presente estudo. Vale ressaltar aqui que pode ser observado que, nem sempre, a atividade constante na carteira de trabalho é aquela desenvolvida pelo trabalhador, ou seja, o desvio de função e o acúmulo de atribuições é comumente observado.

Dentre os 187 trabalhadores entrevistados, 20,3% trabalham na função de marteleteiro. Os marteleteiros são os profissionais responsáveis pela limpeza e pela preparação da rocha em “pranchas”, perfurando-a para que seja instalado o fio diamantado, equipamento que facilita a extração dos blocos. Nessa função, o trabalhador fica exposto à poeira, ao barulho e à trepidação emitidas pelo equipamento de trabalho – o martelete.

Tabela 4: Distribuição dos trabalhadores do setor de rochas ornamentais, segundo profissão/ocupação. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Profissão	Frequência	%
Marteleteiro	38	20,3
Operador de máquinas	33	17,6
Ensacador	30	16,0
Auxiliar de produção	27	14,4
Mecânico	11	5,8
Encarregado	11	5,8
Manobreiro	6	3,2
Polidor	4	2,1
Marroeiro	4	2,1
Blaster	4	2,1
Serrador	3	1,6
Motorista	3	1,6
Outros	11	5,8
Não respondeu	2	1,0
TOTAL	187	100

Em segundo lugar encontrou-se a função de operador de máquina (17,6%), uma categoria onde foram agrupados os operadores de todos os tipos de máquinas utilizadas na atividade de exploração de rochas, como, por exemplo, o fio diamantado e a pá carregadeira.

Em terceiro lugar destacou-se a profissão de ensacador (16%). De acordo com o relato dos trabalhadores, o processo de trabalho se constitui no ensacamento do pó de pedra triturado pelo processo de moagem. O pó é ensacado em sacos de 25 ou 50 quilos e carregado posteriormente para o estoque, o que, muitas vezes, é feito

pelo próprio ensacador ou por carregadores. Os trabalhadores salientam ainda que ficam constantemente submetidos a posições incômodas, além de sofrerem com a quantidade de peso diário que carregam.

As maiores proporções das funções de marteleteiros e ensacadores é explicada pela característica econômica do distrito: Itaóca Pedra é um grande pólo de extração de mármore e granito, sendo a função de marteleteiro de grande importância em tal atividade. Não menos importante e presente é o cargo de ensacador, pois o distrito possui uma grande concentração de empresas que aproveitam os refugos das pedras extraídas para o processo de moagem.

Outra profissão de bastante destaque na pesquisa é a de auxiliar de produção (14,4%), que caracteriza profissionais de grande importância pelo fato de darem suporte àqueles que desenvolvem a atividade principal.

Aguiar (1995) encontrou em seu estudo uma predominância da função de auxiliares/serventes (51%), destacando que tais profissionais são responsáveis pelos serviços mais pesados e que muitas vezes acabam realizando os serviços de outras funções, como os de marteleteiro e os de outros. Os auxiliares/serventes estavam envolvidos na maioria dos acidentes (50%).

A diferença da proporção de auxiliares encontrada entre os estudos pode estar relacionada primeiramente ao fato de que o estudo de Aguiar abrangeu todo a região sul do Espírito Santo, com seus diferentes processos produtivos no setor de rochas, e, em segundo lugar, com uma mudança no processo de trabalho ocorrida ao longo dos anos, fruto de pressões e fiscalizações pelo sindicato e pela Delegacia Regional do Trabalho (DRT), o que levou à profissionalização dos trabalhadores e à repressão às práticas ilegais no trabalho.

Confirmando um cenário já mostrado por diversos autores, o presente estudo mostra a força da atividade de extração de rochas no distrito de Itaóca Pedra. De acordo com o Quadro 2, as atividades inerentes ao ramo da extração se fizeram presentes para 43,1% dos trabalhadores entrevistados, ou seja, de acordo com a divisão social do trabalho, aos trabalhadores do distrito são reservadas as atividades mais brutas no setor de rochas ornamentais, como a exploração e o aproveitamento do refugo através do uso das pedras marruadas, utilizadas no processo de moagem.

Quadro 2: Ramo de atividade das empresas em que o trabalhador do setor de rochas ornamentais encontra-se inserido. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Ramo de atividade	% (')
Moagem	46,3
Extração	43,1
Serragem	16
Polimento	7,7
Corte	5,0

(') Referido a 187 trabalhadores que responderam

Menos citada e menos conhecida nacionalmente é a atividade de moagem no distrito de Itaóca, que teve predominância no estudo, com 46,3% dos trabalhadores envolvidos com a atividade. De acordo com declaração do presidente do SINDIMARMORE, durante entrevista inicial, esse fato pode estar relacionado com a exploração desordenada e desacompanhada, por órgãos de fiscalização ambiental, o que, ao longo dos muitos anos de detonação das rochas por meio de explosivos, levou à destruição de diversas áreas com potencial para extração e comercialização de blocos. O resultado disso são pedreiras estrondadas, ou seja, com rachaduras, e sem valor comercial, o que caracteriza uma fase de decadência na exploração de blocos em Itaóca Pedra. Por outro lado, essas pedras estrondadas são, hoje, utilizadas como base para a produção do pó de pedra, através da atividade de moagem.

Menos citadas, mas também presentes, são as atividades de beneficiamento de rochas. Do total de respostas, 16% estão relacionadas à atividade de serragem, 7,7% ao polimento e 5% ao corte.

5.1.5 Condições de Trabalho Percebidas pelos Trabalhadores

O Quadro 3 mostra a frequência de algumas condições relatadas sobre a infraestrutura das condições mínimas de conforto no local de trabalho.

Quadro 3: Disponibilidade de infra-estrutura nas empresas para atender ao trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Infra-estrutura	% (')
Instalações sanitárias	76,5
Vestiários	72,7
Refeitórios	72,7
Água filtrada	84,0

(') Referido a 187 trabalhadores que responderam

Apesar dos trabalhadores permanecerem durante todo o dia nas dependências das empresas, o quadro 3 mostra que 23,5% dessas não oferecem instalações sanitárias, 27,8% não oferecem vestiários e refeitórios e 16% não disponibilizam água filtrada para seus funcionários.

O quadro 4 mostra que 76,5% dos trabalhadores relataram que se encontram expostos a poeira advinda do processo produtivo; 90,9% estão expostos ao ruído intenso; 62%, à vibração; 63,6%, ao calor; 55,1%, ao sol; e 49,7%, à chuva.

Quadro 4: Ocorrência de exposição dos trabalhadores do setor de rochas ornamentais a fatores ambientais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Exposição	Frequência absoluta	% (')
Ruído intenso	170	90,9
Poeira	143	76,5
Calor intenso	119	63,6
Vibração intensa	116	62,0
Sol	103	55,1
Chuva	93	49,7

(') Referido por 187 trabalhadores que responderam

O trabalho nas pedreiras se dá, na maioria das vezes, a céu aberto, o que expõe o trabalhador a diversos fatores do ambiente (chuva e sol) que contribuirão para com as cargas físicas de trabalho (ruído intenso, calor e vibração). Além das cargas físicas, o processo de produção no setor de rochas ornamentais gera também fatores que constituirão cargas químicas (poeira), configurando condições para o surgimento de aspectos específicos do desgaste da saúde desses trabalhadores.

Alguns aspectos da organização do trabalho no setor de rochas ornamentais percebidos pelos trabalhadores são apresentados no quadro 5.

Quadro 5: Ocorrência de aspectos presentes nos ambientes de trabalho no setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Situações no trabalho	% (')
Cooperação entre colegas de trabalho	95,7
Reconhecimento do trabalho por empregadores, familiares e amigos	86,6
Autonomia	59,4
Oportunidade de promoção	58,8
Treinamento adequado	41,2
Improvisações	32,1
Ritmo de trabalho acelerado	23,5

(') Referido por 187 trabalhadores que responderam

Foi identificado que 95,7% dos trabalhadores reconheciam a cooperação dos colegas de trabalho no desenvolvimento de suas atividades, quando necessário; 86,6% consideraram que seu trabalho é reconhecido por empresa, familiares e companheiros de trabalho; 59,4% trabalhadores consideraram possuir autonomia no desenvolvimento de sua função; 58,8% vislumbraram a possibilidade de serem promovidos dentro da empresa; 46% se disseram satisfeitos com o trabalho que realizam; 41,2% foram treinados adequadamente para desenvolver sua função; e 32,1% relataram fazer algum tipo de improvisação no desenvolvimento de suas atividades cotidianas.

O grande destaque das variáveis “cooperação entre colegas de trabalho no desenvolvimento das atividades cotidianas” e “reconhecimento do trabalho por empregadores, familiares e amigos de trabalho” vem, mais uma vez, mostrar duas características fortemente presentes entre os trabalhadores: a solidariedade e a percepção que os trabalhadores possuem sobre a importância primordial de seu trabalho para a movimentação do setor, respectivamente.

Tabela 5: Distribuição dos trabalhadores do setor de rochas ornamentais segundo turno de trabalho. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Horário de trabalho	Frequência	%
Fixo no período diurno	144	77,0
Fixo no período noturno	15	8,0
Em turnos alternados - escala (diurno e noturno)	27	14,4
Não respondeu	1	0,5
TOTAL	187	100,0

A tabela 5 mostra que a maioria dos trabalhadores possui horário de trabalho fixo no período diurno (77%), que é característico das atividades nas pedreiras. Proporcionalmente, são poucos os que trabalham em horário noturno.

A tabela 6 mostra que, durante a jornada de trabalho, a maioria dos trabalhadores (96,8%) realiza um ou dois intervalos regulamentados para a realização de refeições ou lanches.

Tabela 6: Realização de pausas para lanches e refeições no horário de trabalho. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Intervalos	Frequência	%
Sim	181	96,8
Não	6	3,2
TOTAL	187	100,0

Além desses intervalos, somente 8,6% dos trabalhadores relataram realizar outras pausas que não sejam as para alimentação durante a jornada de trabalho.

A Tabela 7 mostra que um grande percentual de trabalhadores (56,7%) relata fazer horas extras.

Tabela 7: Distribuição das horas extras realizadas pelo trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Horas extras	Frequência	%
Sim	106	56,7
Não	81	43,3
TOTAL	187	100,0

Durante a pesquisa, foi observado que as horas extras, apesar de serem opcionais, nem sempre são feitas por livre escolha do trabalhador; ou seja, como a demanda de serviço é grande no setor e os patrões tentam, ao máximo, empregar o menor número de profissionais possíveis, o trabalhador acaba sendo pressionado a fazer as horas extras. Dessa forma, ou o trabalhador faz a hora extra e se enquadra no

perfil desejado pelo empregador ou corre o risco de ser substituído por outro profissional que se submeta à situação.

Foi abordado na pesquisa o tópico sobre uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) básicos para a atividade de trabalho no setor de rochas ornamentais, sendo eles: óculos, capacete, máscara, protetor auricular, bota e luvas.

Quase a totalidade dos trabalhadores entrevistados (98,4%) relata receber da empresa os EPI adequadamente. Desses, 99,5% relataram que fazem seu uso diariamente na realização de suas atividades. O incômodo no uso dos EPI é o motivo alegado por quem não faz seu uso.

A Tabela 8 apresenta os resultados das questões relacionadas ao transporte do trabalhador, de ida e retorno do trabalho.

Tabela 8: Distribuição de aspectos do trajeto de ida e retorno ao trabalho do trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

<i>Variáveis</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Tipo de transporte propiciado pela empresa		
Ônibus	38	20,3
Caminhão	17	9,0
Carro aberto (camionetes e outros)	14	7,4
Outro tipo de transporte	7	3,7
Disponibilizado pelo próprio trabalhador		
A pé ou de bicicleta	72	38,5
Ônibus de rua	4	2,1
Carro	3	1,6
Moto	27	14,4
Outro tipo de transporte	5	2,6
Segurança no trajeto		
Sim	133	71,1
Não	54	28,9
Acidente de Trajeto		
Sim	18	9,6
Não	169	90,4
TOTAL	187	100

Em relação ao transporte utilizado pelo trabalhador para ir e retornar do trabalho, observou-se que a maioria dos trabalhadores (59,2%) utiliza meios de transportes próprios nesse trajeto. Desses, a maioria (38,5%) utiliza a bicicleta como meio de transporte ou vai a pé para o trabalho, o que é justificado pelos próprios trabalhadores pelo fato de a empresa se localizar nas proximidades de suas residências. Constatou-se também que as motocicletas são bastante utilizadas como meio de transporte pelos trabalhadores (14,4%) em seu trajeto.

Em se tratando de disponibilização pela empresa de transporte para o trajeto de ida e retorno do trabalho, evidenciou-se que o ônibus (20,3%) é o meio de transporte mais presente, seguido do transporte na carroceria de caminhões (9,0%) e em carros abertos (7,4%), respectivamente.

O transporte em carro aberto, seja ele em cima de caminhão ou não, está presente desde o início da exploração de rochas no distrito. Hoje, esse tipo de transporte não é mais feito juntamente com blocos ou pedaços de pedras, como aconteceu por vários anos. Além disso, as estradas encontram-se em melhores condições de conservação e acesso do que há alguns anos, quando não existia a presença do asfalto. No entanto, tais fatos não protegem o trabalhador dos inúmeros riscos inerentes a esse tipo de trajeto, o que faz com que ele continue sendo exposto a um grande risco de morte.

Dentre os trabalhadores entrevistados, 71,1% consideram que o trajeto de ida e volta do trabalho é feito de forma segura. Dentre os motivos que fazem o trabalhador considerar seu transporte seguro, encontram-se: local de trabalho próximo à residência (30,8%), confiança no motorista que conduz o veículo (15,8%) e condução do veículo pelo próprio trabalhador (14,9%).

Dentre os trabalhadores que consideraram o trajeto para o trabalho inseguro, os motivos com maior percentual na insegurança no transporte foram: risco de acidente (32,6%), transporte em carro aberto (21,1%), estrada perigosa (11,5%), ônibus velho (9,6%) e estrada íngreme e ônibus cheio (7,6%).

Importante destacar também que 9,6% dos trabalhadores sofreram algum tipo de acidente no trajeto de ida e volta para o trabalho.

5.1.6 Ocorrência de acidentes de trabalho

[...] Morre-se no trabalho, mas é por esperança de viver! O medo pode estar latente, mas a necessidade de trabalhar, o cumprimento do dever e a responsabilidade com a família falam mais alto [...] (MOULIN, 2006).

A Tabela 9 mostra que praticamente metade dos trabalhadores entrevistados (49,2%) já se envolveu em algum tipo de acidente de trabalho, confirmando, assim, o grande risco a que se encontram expostos esses trabalhadores.

Tabela 9: Distribuição da ocorrência de acidente de trabalho com o trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Acidente de trabalho	Frequência	%
Sim	92	49,2
Não	95	50,8
TOTAL	187	100,0

Em seu estudo sobre as condições de trabalho e saúde no setor de rochas, Aguiar (1995) destacou que a atividade de mármore e granito era responsável por 46,7% dos acidentes de trabalho que ocorriam na região e por 34,7% dos acidentes com morte.

O Quadro 6 mostra que, dentre os acidentes relatados, a maioria deles (39,5%) se caracterizaram por cortes, principalmente nos membros superiores; mais especificamente, mãos, dedos e braços.

Além desses, foi encontrado um grande percentual de acidentes envolvendo mutilações por esmagamento (20,8%). Destacaram-se também os acidentes envolvendo fraturas (14,2%) e quedas (13,1%).

Os acidentes em que foi especificado acometimento de membros superiores foram 42, ou 46,1% dos trabalhadores acidentados.

Aguiar (1995) destacou, a partir da análise de Comunicações de Acidente de Trabalho de 1985, 1987 e 1989, que a parte do corpo mais atingida em acidentes de

trabalho era os membros superiores (43,4%), destacando que o fato é característico das atividades braçais.

A grande prevalência de acidentes com lesões nos membros superiores pode ser explicada pela natureza da atividade no setor de rochas ornamentais, em que a manipulação de ferramentas e da própria rocha possuem um alto potencial para causar lesões nessas partes do corpo.

Quadro 6: Tipo de acidente de trabalho relatado por trabalhadores no setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Tipo de acidente	Frequência absoluta	% (')
Cortes	36	39,5
Mão, dedo ou braço	21	23,0
Pé ou perna	8	8,7
Supercílio, queixo ou cabeça	6	6,5
Nádega	1	1,0
Mutilações por esmagamento	19	20,8
Mão ou dedos	14	15,3
Pé	3	3,2
Não especificada a parte do corpo	2	2,1
Fraturas	13	14,2
Fraturas de braço, dedo ou mão	7	7,6
Fraturas de pé ou tornozelo	6	6,5
Quedas	12	13,1
Queda de altura	7	7,6
Queda de caminhão/ Escorregão e Queda/ Escoriações	5	5,4
Pancada na cabeça/ Atingido por pedra/ Pancada no corpo	4	4,3
Entorses (tornozelo ou joelho) ou deslocamento de clavícula	3	3,2
Outros (capotagem do caminhão/queimadura/acidente de trajeto/ mau jeito na coluna)	7	7,6

(') Referido a 92 pessoas que responderam

Os outros tipos de acidentes, menos freqüentes nesta pesquisa, mas não menos importantes, vêm contribuindo em muito para o agravamento do quadro de acidentes de trabalho envolvendo os trabalhadores do setor de rochas ornamentais.

A Tabela 10 mostra que, dentre os 92 trabalhadores que relataram ter sofrido algum

acidente de trabalho, 32,6% apontaram que após o acidente foi emitida a CAT, 38% relataram que a CAT não foi emitida e 27,2% disseram não saber se a CAT foi emitida.

Tabela 10: Emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

CAT	Frequência	Percentual Válido
Sim	30	32,6
Não	35	38,0
Não sei	25	27,2
Não respondeu	2	2,2
TOTAL	92	100,0

A CAT é um documento obrigatório de comunicação de acidente entre empresas e o sistema público de vigilância (serviços de saúde/ Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), constituindo-se, assim, em um suporte legal para o trabalhador em condição de acidentado, o que lhe permite, se for o caso, o direito aos benefícios da previdência, como auxílios financeiros para afastamento temporário do trabalho, seguros, aposentadorias, dentre outros.

No entanto, seja pelo desconhecimento acerca da importância da emissão da CAT, seja pela “falta de opção” do trabalhador, que muitas vezes se sente pressionado pelos empregadores a omitir o fato, um grande percentual de trabalhadores, constituídos pela soma daqueles em que a CAT não foi emitida (38%), mais aqueles que não souberam informar tal fato (27,2%), (ou seja, são privados do direito de conhecer o documento, e que, provavelmente, não tiveram o documento preenchido), estão desamparados legalmente e impossibilitados de desfrutar dos auxílios e benefícios fundamentais em caso de necessidade de afastamento do posto de trabalho.

Sendo assim, muitos trabalhadores se vêem obrigados a retornarem às atividades laborais, mesmo sem estarem com sua saúde completamente recuperada, o que pode levar a um agravamento e cronificação da lesão/doença e prejuízos econômicos e sociais ao trabalhador.

Moulin (2006) também observou em sua pesquisa que, em relação aos acidentes de trabalho, a reação dos empresários desliza entre a *omissão* e a *irresponsabilidade*. Os empregadores, muitas vezes, tentam omitir o fato e o descaracterizar. Como relata a autora, até mesmo jogam equipamentos de proteção individual ao lado do trabalhador acidentado que não estava usando no momento do acidente. Isso revela a relação capital-trabalho, que lembra os primórdios do capitalismo, quando os trabalhadores eram desprovidos de direitos mínimos.

Dessa forma, foi possível observar que são muitas as cargas de trabalho a que se encontram submetidos os trabalhadores. Considerando a interação dessas cargas com o próprio corpo do trabalhador, fica evidente a concretização do desgaste do mesmo, o que pode ser claramente observado neste trabalho através do alto percentual de morbidade referida.

5.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS TRABALHADORES

Quando indagados sobre como avaliam seu estado de saúde, 10,7% responderam como muito bom; 56,7%, como bom; 29,4%, como regular; somente 3,2%, como ruim ou muito ruim (Tabela 11).

Tabela 11: Distribuição da avaliação do estado de saúde pelo trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Estado de saúde	Frequência	%
Muito bom	20	10,7
Bom	106	56,7
Regular	55	29,4
Ruim	5	2,7
Muito ruim	1	0,5
TOTAL	187	100,0

Pinheiro et al. (2002) enfatizam que, apesar de seu caráter subjetivo, a auto-avaliação do estado de saúde é frequentemente utilizada em inquéritos populacionais e tem especial relevância na explicação do uso dos serviços de saúde e até mesmo na mortalidade, ou seja, existe um indicativo de que os indivíduos que auto-avaliam seu estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim tenham uma maior tendência à busca dos serviços de saúde. Esses autores identificaram, em estudo com população geral, que 23% auto-avalia seu estado de saúde como deficiente (agregação de regular, ruim ou muito ruim), número menor do que o encontrado no presente estudo, o que demonstra a precariedade da situação de saúde do trabalhador do setor de rochas.

Os trabalhadores do setor de rochas ornamentais encontram-se muito vulneráveis a diversos fatores de riscos, fatores ambientais e acidentes de trabalho. Todos esses aspectos impactam diretamente sobre sua saúde.

Importante também é ressaltar que, para esses trabalhadores, o sentido da saúde se expressa em aptidão física para o trabalho, como mostrado por Moulin et al. (2000). Os autores relatam que o trabalhador tem consciência dos efeitos nocivos do trabalho sobre sua saúde e dos sinais e sintomas que indicam as doenças relacionadas ao trabalho, mas, na maioria das vezes, o mesmo se recusa a perceber esses sinais ou os minimiza pelo fato de, no presente, estar apto ao trabalho. Essa posição interfere diretamente na sua interpretação acerca de sua condição de saúde e de sinais e sintomas apresentados.

Outro aspecto investigado foi a posse de plano de saúde pelo trabalhador. De acordo com a Tabela 12, um grande percentual de trabalhadores relatou possuir plano de saúde (57,2%), sendo que, desses, 22,4% possui plano particular, e 25,6% possui plano empresarial. Os outros tipos de plano de saúde relatados (8,5%) se constituíam em plano de pagamento partilhado entre a empresa e o trabalhador.

Tabela 12: Posse de plano de saúde e tipo de plano de saúde do trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Plano de saúde	Frequência	Percentual válido
Posse de plano de saúde		
Particular	42	22,4
Empresarial	48	25,6
Outros	16	8,5
Não respondeu	1	0,5
SUBTOTAL	107	57,2
Não possui plano de saúde	80	42,7
TOTAL	187	100,0

Vale ressaltar que, na maioria dos casos de indivíduos com plano particular, tratam-se de convênios de saúde com determinados hospitais do município e que possuem cobertura parcial (descontos) apenas para consultas e exames, constituindo-se, assim, muito mais em um auxílio do que em um plano de saúde propriamente dito.

5.2.1 Morbidade referida aguda

A verificação da morbidade referida aguda, a partir de entrevista direta com o trabalhador, revelou que um grande percentual (45,5%) dos trabalhadores entrevistados apresentaram algum problema de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, o que caracteriza um alto percentual de morbidade referida, comparando-se a outros estudos semelhantes.

Tabela 13: Distribuição da ocorrência de problemas de saúde apresentados nos últimos 15 dias anteriores à entrevista pelo trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Problema de saúde	Frequência	%
Sim	85	45,5
Não	102	54,5
TOTAL	187	100,0

A grande incidência de morbidade referida aguda pode estar indicando primeiramente a manifestação aguda de sintomas relacionados às doenças crônicas e, como por exemplo os distúrbios músculo-esqueléticos, em segundo lugar, mostram a precariedade da situação de saúde vivenciada pelos trabalhadores do setor de rochas ornamentais, em decorrência da natureza rude de seu trabalho.

Cezar et al. (2001), em estudo que investigou a morbidade referida aguda entre indivíduos da população geral de sete municípios pertencentes à zona oeste de São Paulo, encontraram que 30,4% dos indivíduos apresentavam algum tipo de morbidade.

Em outro estudo dos mesmos autores, realizado com indivíduos da região sudoeste da Grande São Paulo, o percentual de morbidade referida aguda encontrado foi praticamente o mesmo (30%) (CEZAR et al., 1996).

Garcia Junior (2006), em estudo sobre as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da indústria do vestuário de Colatina/ES, encontrou que aproximadamente 25% dos trabalhadores informaram ter tido algum problema de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista.

Zandonadi (2008), em estudo sobre as condições de trabalho de cobradores de ônibus da Grande Cuiabá, observou que 37,6% dos trabalhadores estudados apresentaram algum problema de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista.

O Quadro 7 apresenta os tipos de problemas de saúde, ocorridos nos 15 dias anteriores à entrevista, referidos pelos trabalhadores.

Quadro 7: Tipos de problemas de saúde apresentados nos 15 dias anteriores à entrevista pelos trabalhadores do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Problemas de saúde apresentados nos últimos 15 dias	Frequência Absoluta	% (')	% (")
1. Problemas osteoarticulares:	36	42,3	19,2
Dores na coluna, costas, região lombar ou pescoço	29	34,1	15,5
Dores articulares nos joelhos, tornozelos e pés	5	5,8	2,6
Dores articulares nos braços e mãos	2	2,3	1,0
2. Problemas de vias aéreas superiores (Inflamação de garganta/Faringite/Gripe/Rinite/Otite/Sinusite)	19	22,3	10,1
3. Dor cabeça/Enxaqueca	12	14,1	6,4
4. Problemas gastrointestinais:	6	7,0	3,2
Diarréia	3	3,5	1,6
Dor no estômago	3	3,5	1,6
5. Acidente de trabalho:	4	4,7	2,1
Corte	2	2,3	1,0
Esmagamento	1	1,1	0,5
Fratura	1	1,1	0,5
6. Estafa/Cansaço/Dores no corpo/Dores Musculares/Cãibras	3	3,5	1,6
7. Problemas cardiovasculares	3	3,5	1,6
8. Transtornos mentais	2	2,3	1,0
9. Problemas oculares	2	2,3	1,0
10. Problemas dermatológicos	2	2,3	1,0
11. Problemas renais	1	1,1	0,5
12. Outros (Dor de dente/ Dengue/ Hérnia/ Dor abdominal/ Sangramento gengiva e dormência/ Bronquite)	9	10,5	4,8

(') Referido por 85 pessoas que responderam

(') Prevalência, referida pelo total de participantes do estudo (187 pessoas)

O maior percentual encontrado (42,3%) foram os sintomas osteoarticulares, com destaque para as lombalgias (34,1%). Tal constatação confirma cientificamente o que já é observado e relatado na prática cotidiana desses trabalhadores, que, como poderemos ver mais adiante, são submetidos a condições de trabalho inadequadas, como o excesso de peso e posições incômodas, o que ocasiona, em geral, um elevado percentual de lombalgias e distúrbios osteomusculares.

Pinheiro et al. (2002) identificam que os homens com domicílio em região rural referem doenças nas costas e colunas em proporções maiores do que os da região urbana, o que está diretamente relacionado com as diferenças nas atividades de trabalho desenvolvidas pelos mesmos.

Bastante relevante também foi a quantidade de trabalhadores com agravos relacionados às vias aéreas superiores (22,3%). Esse quadro pode estar relacionado à exposição do trabalhador a altos níveis de poeira contendo sílica – o que pode levar o trabalhador, quando exposto por muito tempo à poeira, ao desenvolvimento da silicose, doença em que os alvéolos pulmonares sofrem processos de necrose e fibrose, perdendo sua função fisiológica.

Outros problemas de saúde referidos foram dor de cabeça (14,1%); problemas gastrointestinais (7,0%); acidentes de trabalho (4,7%); estafa, cansaço, dores no corpo, dores musculares, câimbras e problemas cardiovasculares (3,5%); transtornos mentais, problemas oculares e dermatológicos (2,3%); e problemas renais (1,1%).

5.2.2 Morbidade referida crônica

A Tabela 14 mostra que, assim como para a morbididade referida aguda, verificou-se que o percentual de trabalhadores que referiram morbididade crônica foi bastante elevado (44,9%).

Tabela 14: Distribuição da ocorrência de problemas de saúde apresentados pelo trabalhador do setor de rochas ornamentais que tenham levado à busca por atendimento de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Problema de saúde	Frequência	%
Sim	84	44,9
Não	103	55,1
TOTAL	187	100,0

Pinheiro et al. (2002), em seu estudo sobre gênero, morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil, identificaram que 31,6% dos entrevistados apresentaram pelo menos uma doença crônica.

O Quadro 8 apresenta o detalhamento dos eventos de morbidade referida crônica.

Observou-se que os problemas osteoarticulares, assim como na morbidade referida aguda, são os mais encontrados (46,9%), com destaque para as lombalgias (36,1%). Tal constatação evidencia que a alta frequência de distúrbios osteoarticulares agudos é apenas uma manifestação de um agravo que já se tornou crônico e que, considerando sua característica de difícil tratamento associada à não mudança da organização e divisão do trabalho nas indústrias, irá acompanhar o trabalhador até o fim de sua vida. Se estendido para a população total de trabalhadores entrevistados, observa-se uma prevalência de 20,8% trabalhadores com relato de problemas musculoesqueléticos.

Quadro 8: Tipos de problemas de saúde apresentados nos últimos 12 meses anteriores à entrevista pelo trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Problemas de saúde apresentados nos últimos 12 meses	Frequência Absoluta	% (')	% (")
1. Problemas osteoarticulares:	39	46,9	20,8
Dores na coluna, costas, região lombar ou pescoço	30	36,1	16,0
Dores articulares nos joelhos, tornozelos e pés	5	6,0	2,6
Dores articulares nos braços e mãos / Tendinites	3	3,6	1,6
Dores articulares nos quadris	1	1,2	0,5
2. Problemas cardiovasculares (Hipertensão)	15	18,0	8,0
3. Problemas de vias aéreas:	12	14,4	6,4
Vias aéreas superiores - Laringite/Gripe /Rinite/ Sangramento Nasal	7	8,4	3,7
Vias aéreas inferiores – Bronquite	5	6,0	2,6
4. Problemas gastrointestinais:	11	13,2	5,8
Diarréia	1	1,2	0,5
Dor no estômago	8	9,6	4,2
Pólipo intestinal	2	2,4	1,0
5. Dor de cabeça/Enxaqueca	4	4,8	2,1
6. Transtornos mentais:	4	4,8	2,1
Depressão	2	2,4	1,0
Crises convulsivas	1	1,2	0,5
Insônia	1	1,2	0,5
7. Problemas dermatológicos:	3	3,6	1,6
Alergias na pele	2	2,4	1,0
Manchas na pele	1	1,2	0,5
8. Problemas genitourinários:	3	3,6	3,6
Cálculo renal	2	2,4	1,0
Tumor na próstata	1	1,2	0,5
9. Estafa/Cansaço/Dores no corpo/Dores Musculares/Cãibras	2	2,4	1,0
10. Problemas oculares:	2	2,4	1,0
Conjuntivite	1	1,2	0,5
Acuidade visual diminuída	1	1,2	0,5
11. Problemas endócrinos:	2	2,4	1,0
Diabetes	1	1,2	0,5
Hipoglicemia	1	1,2	0,5
11. Acidente de trabalho	1	1,2	0,5
12. Outros (Hérnia/ Dormência no lado direito corpo/ Zumbido no ouvido)	5	6,0	2,6

(') Referido por 83 pessoas que responderam

Em segundo lugar, estão os problemas cardiovasculares (18%), com destaque para a hipertensão arterial sistêmica (15,6%); seguidos por problemas nas vias aéreas (14,4%) e problemas gastrointestinais (13,2%), com destaque para as dores estomacais.

Além desses, também foram levantados problemas como dor de cabeça e transtornos mentais (4,8%); problemas dermatológicos e genitourinários (3,6%);

estafa, cansaço, dores no corpo, dores musculares, câibras, problemas oculares e endócrinos (2,4%); e acidentes de trabalho (1,2%).

5.2.3 Afastamento do trabalho devido à morbidade

A Tabela 15 mostra que, entre os trabalhadores que apresentaram agravo agudo à saúde, 36,5% necessitou se afastar de suas atividades laborais para recuperação de seu estado de saúde. Este dado se mostra muito significativo, considerando a dificuldade enfrentada pelos trabalhadores para obtenção de atestados médicos, pressão patronal e, até mesmo, pelo fato de o trabalhador tentar adiar, ao máximo, o afastamento

Tabela 15: Distribuição da ocorrência de afastamento do trabalho decorrente do problema de saúde agudo apresentado pelo trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Afastamento do trabalho	Frequência	Percentual válido
Sim	31	36,5
Não	51	60,0
Não respondeu	3	3,5
TOTAL	85	100,0

Dentre os problemas que determinaram o afastamento, destacam-se as lombalgias (35,4%), seguida de outros agravos como o resfriado, dor no estômago, hipertensão e depressão, todos com 6,4 %, entre outros.

5.2.4 Reconhecimento da relação entre morbidade e atividade ocupacional

O perfil do profissional de saúde que atende o trabalhador é de extrema importância para a realização do nexos causal entre os sinais e sintomas apresentados pelo

trabalhador e sua atividade de trabalho, ou melhor, aos fatores a que esses se encontram expostos.

A Tabela 16 mostra que, dos 45 trabalhadores que foram atendidos no serviço de saúde, 57,8% relataram que o profissional de saúde que lhe atendeu fez, em algum momento da consulta, relação entre o agravo apresentado e sua atividade de trabalho.

Tabela 16: Distribuição da ocorrência de relação entre trabalho e problema de saúde feita pelo profissional saúde que atendeu o trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Trabalho / Problema de saúde	Frequência	Percentual válido
Sim	26	57,8
Não	18	40,0
Não respondeu	1	2,2
TOTAL	45	100,0

Um fator que pode estar interferindo na realização do nexos causal pelos profissionais de saúde é a grande pressão exercida por parte da classe patronal, que tenta ao máximo coibir tal ato, fazendo até mesmo intervenções repressivas no interior da Unidade de Saúde do distrito, conforme relato de profissionais de saúde.

Percebeu-se no estudo que existe uma tendência de que os trabalhadores do setor de rochas ornamentais desconheçam ou minimizem a relação entre sua atividade de trabalho e seus problemas de saúde, seja pela falta de informação a respeito da etiologia das doenças ou pela própria cultura, em que o gênero masculino não deve se preocupar com pequenos sintomas. Além disso, existe o medo do trabalhador de reclamar de sua condição de saúde e, em consequência disso, perder seu emprego.

Essa tendência também foi observada por Poldi (2008), que destaca que, de maneira geral, tanto as trabalhadoras domésticas como os trabalhadores da construção civil tenderam a minimizar o risco de se acidentarem durante a execução de tarefas laborais. Talvez não admitir que haja freqüentemente acidentes seja um mecanismo de defesa diante do sofrimento psíquico relacionado com as condições de trabalho em que não podem interferir. Quando o acidente foi citado, foi associado à falta de experiência da pessoa em lidar com os riscos. Percebe-se que, ao invés

de haver um esclarecimento das causas do acidente, na tentativa de detectar sua causa e evitar a ocorrência de outros acidentes futuros, há uma tendência de ocultamento do caso.

Entre os trabalhadores que referiram a presença de algum sinal ou sintoma nos 15 dias anteriores à entrevista, 56,5% deles associa o problema de saúde com sua atividade cotidiana de trabalho.

De acordo com o quadro 9, os aspectos do trabalho que são relacionados com mais frequência pelo trabalhador com o problema de saúde são: pegar peso em excesso (53,2%) e posições incômodas (25,5%), seguidos pelos aspectos relacionados à organização do trabalho - estresse/ muita responsabilidade/ cobrança para aumentar a produção/ não ter horário certo de trabalho/ carga horária extensa/ trabalho noturno – (12,8%).

Quadro 9: Aspectos do trabalho relacionados à morbidade referida aguda nos trabalhadores do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Aspecto do trabalho	% (*)
Pegar peso em excesso	53,2
Posições incômodas	25,5
Outros aspectos relacionados à organização do Trabalho (Estresse/ muita responsabilidade/ cobrança para aumentar a produção/ não ter horário certo de trabalho/ carga horária extensa/ trabalho noturno)	12,8
Poeira	8,5
Exposição ao sol	6,3
Queda de terra e pedras	6,3
Manusear explosivos	4,2
Equipamentos com defeito	4,2
Acidentes com máquinas	4,2
Excesso de ruído	4,2
Vibração do martelo	4,2
Bota apertada/ trabalhar a céu aberto/ cheiro de óleo.	2,1

(*) Referido por 47 pessoas que responderam

(*) Cada um dos aspectos teve 1 referência.

Em relação à morbidade referida crônica, 51,2% dos trabalhadores fez relação entre seu problema de saúde e a sua atividade de trabalho.

O quadro 10 mostra que, assim como na morbidade aguda, destacam-se também na relação entre problema de saúde crônico e atividade de trabalho o excesso de peso (55,0%), as posições incômodas (20%) e a exposição à poeira (17,5%).

Quadro 10: Aspectos do trabalho relacionados à morbidade referida crônica nos trabalhadores do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Aspecto do trabalho	% (*)
Excesso de peso	55,0
Posições incômodas	20,0
Poeira	17,5
Outros aspectos relacionados à organização do trabalho (Muita responsabilidade/ Muita cobrança/ Não ter horário certo para o trabalho/ Trabalho ininterrupto)	10,0
Manipulação de Explosivos	5,0
Acidente de trabalho	5,0
Cheiro de tinta/ Solda/ Choque térmico/ Cal/ Ruído/ Friagem/ Comida fria	2,5

(*) Referido por 40 pessoas que responderam

(*) Cada um dos motivos teve 1 referência

Seguindo a análise da relação entre saúde/doença e o trabalho, ou seja, a visão do trabalhador sobre sua exposição ocupacional aos fatores de risco encontrados no processo de produção do setor, foram identificados os fatores do trabalho que o trabalhador considera que podem ser prejudiciais à sua saúde, seja a curto ou a longo prazo. Os fatores do trabalho que podem ocasionar adoecimento mais reconhecidos pelos trabalhadores estão expressos no Quadro 11.

Quadro 11: Aspectos do trabalho que o trabalhador do setor de rochas ornamentais considera prejudiciais à sua saúde. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Fator no trabalho	Frequência absoluta	% (*)
Poeira/ Pó pedra	105	57,4
Ruído	78	42,6
Excesso de peso	20	10,9
Nada – se usar EPI corretamente, não existe riscos.	18	9,8
Calor	11	6,0
Manipulação de produtos químicos - Óleo/ Graxa/ Tinta	10	3,8
Solda	7	3,8
Vibração	5	2,7
Trabalhar molhado	5	2,7
Posições incômodas	4	2,1
Trabalho noturno	4	2,1
Clareza	4	2,1
Cheiro forte explosivo	4	2,1
Explosivos	3	1,6
Acidente de trabalho	3	1,6
Pressão por parte do patrão	2	1,0
Movimentos repetitivos	2	1,0

(*) Referido por 183 pessoas que responderam

A exposição à poeira (57,4%) e a exposição ao ruído (42,6%) foram os fatores mais citados pelos trabalhadores como fonte de adoecimento no ambiente de trabalho.

O excesso de peso como fator de risco para desenvolvimento de agravo à saúde do trabalhador só apareceu em terceiro lugar (9,2%), entrando em divergência com o fato acima citado, em que a maior prevalência de morbidade (doenças osteomusculares) não condiz com o risco a que o trabalhador considera estar mais exposto (poeira).

A presença de sintomas relacionados à exposição ocupacional à poeira, na maioria das vezes, só é percebida quando a patologia já se encontra em estado avançado, o que também acontece com os trabalhadores expostos ao ruído.

Em quarto lugar, observa-se que um percentual considerável de trabalhadores (9,8%) não considera a existência de riscos a saúde caso estejam fazendo uso dos EPI adequados. Tal fato enfatiza o desconhecimento do trabalhador acerca dos riscos presentes no trabalho no setor de rochas, o que pode ser justificado por um dado encontrado no presente estudo: a morbidade mais prevalente, tanto aguda quanto crônica, são as doenças osteomusculares, que não são preveníveis através do uso de EPI e, sim, com medidas relacionadas à diminuição do esforço físico, das posições inadequadas e dos ritmos de trabalhos.

Foi observado também no presente estudo como o trabalhador se sente ao fim de sua jornada diária de trabalho (Quadro 12).

Quadro 12: Como o trabalhador do setor de rochas ornamentais se sente ao final de sua jornada diária de trabalho. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Sentimento	Frequência absoluta	% (')
Bem / Muito bem/ Feliz/ Satisfeito/ Tranquilo	96	51,3
Cansado fisicamente/ Muito cansado/ Exausto	67	35,8
Aliviado/ Tiro um peso das costas/ Doido para tomar banho e descansar/ Livre/ Graças a Deus que vou poder ir beber	32	17,1
Estressado / Angustiado/ Desiludido/ Triste/ Preocupado	12	6,4
Agradecido/ Realizado	12	6,4
Às vezes, cansado	5	2,6
Massacrado	2	1,0
Outros	4	2

(') Referido por 187 pessoas que responderam

Um misto de sintomas e sentimentos pode ser observado no levantamento dessa variável. Em primeiro lugar, destacam-se os trabalhadores que se encontram bem, muito bem, feliz, satisfeito e tranquilo (51,3%), em que se observa, por um lado, a felicidade de terminar mais um dia de trabalho sem acidentes, e, por outro lado, também o sentimento de ter um emprego que garantirá o seu sustento e o de sua família.

Em segundo lugar estão presentes os trabalhadores que experimentam, ao fim da jornada de trabalho, o sentimento de cansaço físico, muito cansaço e exaustão (35,8%), o que evidencia o duro e extenuante trabalho no setor. Por fim, foram importantes, também, as expressões de alívio pelo término da jornada de trabalho (17,1%) e de sintomas psicoemocionais. (6,4%).

5.3 RECURSOS DE SAÚDE UTILIZADOS PELOS TRABALHADORES

Sabe-se que a busca de serviços de saúde em áreas rurais e em áreas em processo de urbanização, como é o caso da localidade em que o estudo foi desenvolvido, é bem menor do que nas cidades, em especial para os homens, que procuram o serviço basicamente por motivos de doença ou acidente/lesão.

O uso dos serviços de saúde está relacionado tanto às necessidades de saúde do indivíduo quanto às características de oferta e demanda do próprio serviço. A disponibilidade, o tipo, a quantidade de recursos, a localização geográfica, dentre outros, são características inerentes ao serviço. Por outro lado, de acordo com Pinheiro et al. (2002), as escolhas individuais são cruciais, sendo que nem todas as necessidades se convertem em demanda e nem todas as demandas são atendidas. Dessa forma, desigualdades no uso dos serviços de saúde refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, além de indicar as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença e também características do serviço que cada sociedade disponibiliza para seus membros.

5.3.1 Recursos de saúde utilizados pelos trabalhadores que apresentaram morbidade referida aguda

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, para atender às necessidades de saúde dos seus moradores, o distrito de Itaóca Pedra possui uma rede de saúde pública constituída de uma unidade do Programa de Saúde da Família (PSF) e um Pronto Atendimento (PA). Tais serviços dispõem de assistência à saúde, acompanhamento e ações preventivas. No entanto, nenhuma ação é específica para o trabalhador do setor de rochas.

Quando o serviço de saúde local não supre as necessidades do trabalhador, esses são encaminhados aos serviços de referência na sede do município – Cachoeiro de Itapemirim.

A Tabela 17 mostra que, no que se refere aos sintomas e agravos agudos, dos 85 trabalhadores que apresentaram algum problema de saúde, 62,4% procuraram atendimento de saúde.

Tabela 17: Distribuição da procura de atendimento de saúde em decorrência do(s) problema(s) agudo(s) de saúde apresentado(s) pelo trabalhador do setor de rochas ornamentais. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Atendimento de saúde	Frequência	Percentual válido
Sim	53	62,4
Não	32	37,6
TOTAL	85	100,0

A procura de atendimento de saúde devido à morbidade referida aguda pode estar informando sobre uma maior gravidade dos problemas de saúde apresentados. Uma vez que cerca de dois terços das pessoas que referiram morbidade aguda procuraram atendimento, pode se supor que aproximadamente 30% dos trabalhadores do estudo estavam nessa condição.

De acordo com a Tabela 18, a alternativa mais encontrada pelos trabalhadores que procuraram o serviço de saúde foi o Pronto Atendimento do distrito (43,4%), que

dispõe de médico 24 horas - o que, provavelmente, facilita a procura do serviço, que, geralmente, é feita após o horário de trabalho.

Tabela 18: Distribuição do local onde o trabalhador do setor de rochas ornamentais buscou atendimento para agravo agudo à saúde. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Local	Frequência	Percentual válido
Parentes ou vizinhos	1	1,9
Farmácia	2	3,8
Pronto atendimento público de Itaóca Pedra	23	43,4
Pronto socorro ou emergência pública fora de Itaóca Pedra	1	1,9
Hospital público	2	3,8
Unidade de Saúde da Família de Itaóca Pedra	3	5,7
Sindicato da categoria	2	3,8
Consultório médico particular	9	17,0
Ambulatório ou consultório da empresa	1	1,9
Pronto socorro ou emergência particular	1	1,9
Hospital particular	3	5,7
Não respondeu	5	9,4
TOTAL	53	100,0

Outro local onde o trabalhador buscou o serviço de saúde com frequência foi consultório médico particular, em 17% dos locais referidos. Quando somado a outros serviços particulares (hospital e pronto-socorro), o índice chega a 24,6%.

Chama a atenção que a procura por atendimento na Unidade de Saúde da Família do distrito ocorreu somente para 5,7% dos que tiveram problemas de saúde.

Werner (2006), ao estudar as realidades e perspectivas da assistência à saúde do adulto trabalhador no município de Vitória-ES, ressalta que parece existir uma dificuldade de interação entre suas necessidades e a organização das práticas de saúde das unidades de atenção primária. A assistência ao trabalhador encontra-se ainda concentrada nos plantões de urgência e emergência nos finais de semana, em feriados e nos pontos facultativos.

Ribeiro et al. (2006) retratam, em estudo sobre o perfil sociodemográfico e o padrão de utilização de serviços de saúde por usuários e não usuários do SUS, que existe uma maior dificuldade dos adultos na utilização dos serviços de saúde em função de

algumas características, tais como horário de funcionamento e demora no atendimento. Enfatizam ainda que a utilização mais frequente de hospitais e pronto socorros pode estar relacionada com um pior estado de saúde dos usuários do sistema público, decorrente de sua condição socioeconômica mais precária. Por outro lado, pode indicar também a maior oferta desses serviços ou a maior facilidade para entrar no serviço de saúde se comparada à rede básica de assistência à saúde.

A justificativa mais frequente apresentada pelos trabalhadores que não buscaram o serviço de saúde após apresentar algum sinal ou sintoma agudo foi a automedicação (27,2%) e, conseqüentemente, maior rapidez e controle sobre o fim dos sintomas.

Importante ressaltar que, dos 53 trabalhadores que procuraram o serviço de saúde, 84,9% conseguiu ser atendido efetivamente.

Considerando o fato de que o distrito de Itaóca oferece apenas assistência primária à saúde e atendimento a pequenas emergências, através do PSF e do PA, é muito comum a prática de encaminhamento de pacientes a outros serviços de saúde. Nesse sentido, 48,9% dos trabalhadores que receberam atendimento inicial no serviço de saúde do distrito foram encaminhados para outro estabelecimento de saúde, onde poderiam contar com uma assistência adequada e especializada para seu problema de saúde. Desses, 86,4% conseguiram receber atendimento efetivo no serviço ao qual foram encaminhados.

Os encaminhamentos a outros serviços de saúde são feitos, na maioria das vezes (42,8%), para a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, hospital de grande porte localizado na sede do município, onde os trabalhadores podem contar com assistência especializada em saúde, como, por exemplo, através de exames de alta tecnologia, cirurgias, médicos especialistas.

Em relação aos sinais e sintomas, constatou-se que 68,4% dos trabalhadores que apresentavam algum sinal ou sintoma e foram encaminhados para outro serviço de saúde conseguiram resolver o seu problema de saúde.

Dentre os 31,6% trabalhadores que alegaram não ter conseguido resolver seus problemas de saúde, o relato mais presente é de que, mesmo após o atendimento e o tratamento, continuaram a sentir os sintomas. Tal fato pode indicar que, mesmo sendo um sinal ou sintoma agudo apresentado nos últimos 15 dias, existe a

possibilidade de cronicidade do agravo.

5.3.2 Recursos de saúde utilizados pelos trabalhadores que apresentaram morbidade referida crônica

O tratamento de problemas crônicos de saúde exige um grande esforço do paciente e um rigoroso acompanhamento do agravo, sendo que, muitas vezes, é necessária a aplicação de um tratamento medicamentoso associado a mudanças de hábitos de vida.

Dos 84 trabalhadores que apresentaram algum tipo de morbidade crônica, 65,5% deles realizam acompanhamento periódico em decorrência do agravo. De acordo com a Tabela 19, o acompanhamento é realizado na maioria das vezes em consultório médico particular (30,9%), seguido pelo PA do distrito (25,5%) e pela Unidade de Saúde da Família (12,7%).

Tabela 19: Distribuição dos locais onde os trabalhadores realizaram acompanhamento periódico em decorrência de problema de saúde crônico. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Local	Frequência	Percentual válido
Pronto atendimento público de Itaóca Pedra	14	25,5
Pronto socorro ou emergência públicos fora de Itaóca Pedra	5	9,1
Hospital público	4	7,3
Unidade de Saúde da Família de Itaóca Pedra	7	12,7
Sindicato da categoria	1	1,8
Consultório médico particular	17	30,9
Ambulatório ou consultório da empresa	4	7,3
Hospital particular	2	3,6
Outros	1	1,8
TOTAL	55	100,0

A Tabela 20 mostra que o uso de medicamentos continuamente em decorrência da morbidade crônica é feito por 59,5% dos trabalhadores que apresentam algum problema de saúde crônico.

Tabela 20: Distribuição do uso contínuo de medicação para controle de doença crônica. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Uso de medicamentos	Frequência	Percentual válido
Sim	50	59,5
Não	32	38,1
Não respondeu	2	2,4
TOTAL	84	100,0

Na maioria das vezes, o trabalhador obtém o remédio a partir da compra em farmácias particulares (72%). Outra forma de aquisição de medicamentos pelos trabalhadores é através da farmácia pública (26%), localizada no interior da Unidade de Saúde da Família do distrito, mas que, de acordo com relato dos mesmos, nem sempre possui prontamente e em quantidade suficiente os medicamentos específicos para as necessidades dos trabalhadores.

5.3.3 Utilização do Programa de Saúde da Família (PSF) do distrito

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, o PSF de Itaóca Pedra cobre aproximadamente 85% da população do distrito através da divisão do território em 11 microáreas. Dessas microáreas, apenas 08 estão cobertas devido ao número insuficiente de agentes comunitários de saúde (ACS).

Dessa forma, consta no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) uma cobertura de 1.340 famílias, totalizando 4.565 pessoas. No entanto, tal número se encontra defasado em relação ao real número de pessoas que o PSF assiste no distrito, chegando a 6.300 cadastrados. De acordo com entrevista prévia de aproximação ao campo de estudo com responsável técnico do PSF no município, o

motivo que impede o cadastro real no SIAB é o número incompatível entre ACS e população cadastrada.

Vale destacar também que o PSF, à época do estudo, contava com uma equipe composta por 01 enfermeira, 03 técnicas de enfermagem, 08 ACS, 01 servente e 01 marcador de consultas. Além desses profissionais, o médico, profissional essencial na constituição da equipe de saúde da família e que trabalha por regime de contrato de trabalho, nem sempre está presente na unidade de saúde, chegando essa a ficar mais de 6 meses descoberta de assistência médica. Dentre os motivos apresentados para justificar tal fato, esses profissionais alegam a distância do distrito em relação à sede do município e o baixo salário como impeditivos para aceitar o cargo.

Destaca-se também que o PSF encontra-se localizado em uma estrutura física conjunta ao PA, o que acaba confundindo o trabalhador e a população em geral, que, frequentemente, não conseguem distinguir um serviço do outro.

A Tabela 21 mostra que o PSF foi utilizado pelos trabalhadores do setor de rochas ornamentais, em algum momento, por 44,9% dos trabalhadores entrevistados.

Tabela 21: Distribuição da utilização pelo trabalhador dos serviços de saúde oferecidos pela Unidade de Saúde da Família (USF) de Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Utilização	Frequência	%
Sim	84	44,9
Não	103	55,1
TOTAL	187	100,0

Os serviços mais utilizados pelos trabalhadores, na USF, foram: consultas (84,6%); farmácia (19,2%); aferição de pressão e vacinação (8,9%); realização de exames, aquisição de requisição para exames especializados e nebulização (6,4%); odontologia (5,1%); agendamento de consultas (2,5%); e aquisição de receita para compra de medicamentos controlados (1,2%).

De acordo com Ribeiro et al. (2006), a procura do serviço público por consultas por motivo de doença é a maior demanda dos serviços públicos de saúde, em todas as

regiões do Brasil, fato esse relacionado ao perfil socioeconômico da população usuária do sistema. Em contrapartida, os serviços relacionados à promoção da saúde e à prevenção de doenças, praticamente não oferecidos e utilizados pela população em estudo, são mais característicos de pessoas com maior nível de escolaridade e renda.

Dentre os 55,1% dos trabalhadores entrevistados que não fazem uso da USF, os motivos mais frequentemente apresentados para o não uso do serviço foram o fato de o trabalhador nunca ter precisado usar o serviço (48,5%); a posse e o uso de planos de saúde (22%); e a grande dificuldade no processo de marcação de consultas (5,8%). É curioso verificar que cerca da metade das respostas relacionadas ao motivo de não usarem a USF são por nunca terem precisado, já que é alta a prevalência de morbidade nessa população e são poucos os recursos disponíveis. Talvez se deva, mais propriamente, à baixa oferta de serviços por essa USF em relação àquilo que representa demanda e necessidade de saúde para essa população.

Pinheiro et al. (2002) ressaltam que o fato de não ter conseguido vaga ou senha para consulta e a falta de médico atendendo foram os principais aspectos impeditivos para o não atendimento, tanto nas regiões urbanas como nas rurais.

Foi investigada a satisfação do trabalhador com os serviços de saúde prestados na unidade de saúde da família, uma vez que 64,3% dos trabalhadores entrevistados que fazem ou já fizeram em algum momento uso da USF relataram estar satisfeitos com a assistência recebida (Tabela 22).

Tabela 22: Distribuição da percepção do trabalhador sobre sua satisfação com os serviços de saúde oferecidos pela Unidade de Saúde da Família de Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Satisfação	Frequência	%
Sim	54	64,3
Não	28	33,3
Não respondeu	2	2,4
TOTAL	84	100,0

Dentre os 33,3% dos trabalhadores que não estão satisfeitos com o PSF do distrito, as justificativas mais encontradas foram: pequeno número de vagas para marcação de consultas (29,2%); poucos médicos (17%); ausência de médicos especializados (14,6%); não atendimento de todas as necessidades do trabalhador (9,7%); e serviço não resolutivo (7,3%), dentre outros.

No trabalho de Poldi (2008), o acesso aos serviços de saúde oferecidos na USF do bairro é um problema destacado pela maioria dos trabalhadores. Entre as dificuldades citadas, estão: a demora e a dificuldade em conseguir agendamento; a falta de profissionais e de equipamentos necessários; o número de vagas ofertadas pela USF, para atender à demanda espontânea, ser menor do que o necessitado pela comunidade. Além disso, quando os trabalhadores conseguem atendimento, muitas vezes, esse atendimento não tem sido resolutivo. São comuns os múltiplos encaminhamentos aos serviços de referência, como os exames de apoio diagnóstico e as consultas com especialistas sem retorno, pois dificilmente conseguem vagas ou, quando conseguem, o tempo de espera é longo.

O Quadro 13 apresenta as sugestões para a melhoria do serviço propostas pelos trabalhadores que utilizam a USF.

Dentre os entrevistados, 75,6% identificaram necessidade de melhorias no serviço de saúde local. As sugestões apresentadas pelos trabalhadores para que o serviço de saúde possa vir a melhorar sua qualidade à assistência à saúde do trabalhador - o que, provavelmente, promoverá um maior vínculo entre o trabalhador e sua família e o serviço de saúde local - são, em primeiro lugar, relacionadas à defasagem de recursos humanos disponível, em especial à contratação de médicos (22,6%) e de especialistas (16,5%), dentre outros.

Quadro 13: Sugestões apresentadas pelo trabalhador para melhoria no atendimento nos serviços de saúde oferecidos pela Unidade de Saúde da Família (USF). Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Sugestão	Frequência absoluta	% (')
FALTA DE RECURSOS HUMANOS		
Contratar mais médicos	26	22,6
Contratar médicos especializados	19	16,5
Contratar mais ACS	9	7,8
Contratar mais profissionais	5	4,3
Outros	10	8,4
FALTA DE RECURSOS MATERIAIS		
Fazer raio X	8	6,9
Disponibilizar mais medicamentos	8	6,9
Comprar mais equipamentos	4	3,4
Melhorar infraestrutura	3	2,6
Outros	4	3,2
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO PARA FACILITAR ACESSO		
Facilitar marcação de consulta e exames	21	18,2
Realizar visita domiciliar em horário adequado	12	10,4
Melhorar atendimento	7	6,0
Atendimento noturno	4	3,4
Facilitar acesso ao dentista	4	3,4
Melhorar atendimento ao trabalhador acidentado	3	2,6
Priorizar o atendimento ao trabalhador	3	2,6
Outros	13	10,8

(') Referido por 115 pessoas que responderam

Destacam-se também as solicitações referentes a modificações na organização do trabalho no setor de saúde para possibilitar melhor acesso aos serviços, como a facilitação na marcação de consultas e exames (18,2%) e a realização de visitas domiciliares em horários adequados (10,4%), ou seja, nos horários em que o trabalhador encontra-se no seu domicílio - geralmente, fim da tarde, noite e fins de semana. As solicitações referentes às modificações na organização do trabalho no setor de saúde correspondem às próprias necessidades dessa população.

É importante destacar que o trabalhador tem a percepção quanto às necessidades de adequação às suas necessidades de saúde, o que já se configura como uma ferramenta para a mudança e melhora da assistência à saúde no distrito.

Percebeu-se também que a prioridade de sugestão dos trabalhadores para melhora dos serviços de saúde recai em demanda de serviços que dêem conta dos aspectos

curativos, como, por exemplo, a contratação de médicos, a disponibilização de mais medicamentos e equipamentos, dentre outros. Poucos são os trabalhadores que apontam a necessidade de ações preventivas. Tal fato evidencia, de um lado, a cultura da concepção de saúde da população estudada, moldada pela necessidade de recuperar um corpo doente para voltar rapidamente ao trabalho e possibilitar as condições de saúde, a disposição para trabalhar e ganhar o sustento da família; de outro lado, parece ser influenciada também pela oferta primordial desse tipo de serviço, ou seja, a população demanda aquilo que é ofertado pelo serviço.

Apesar de conhecerem seu direito constitucional, os trabalhadores não se vêem contemplados na programação e na organização do serviço de saúde, e mais especificamente, no PSF contrariando suas expectativas de que o serviço possa lhes acolher, particularmente na condição de trabalhadores, que precisam manter-se saudáveis.

Diante do cenário apontado, os Prontos Atendimentos continuam sendo a referência, para eles, no cuidado eficiente aos problemas de saúde. Apesar de ser comum ouvirmos, que os usuários continuam querendo entrar pela porta errada (Pronto Atendimentos ou Pronto Socorros), e que são os culpados por sobrecarregar estes serviços, este trabalho nos faz refletir que à lógica do planejamento, não corresponde à lógica dos usuários e que em uma sociedade como a brasileira, cada vez mais doente e carente dos mais diversos tipos de serviços públicos, o acesso à consulta médica realizada de forma imediata, passou a ser um problema premente e direito básico da população (POLDI, 2008).

Não coincidentemente, as sugestões apresentadas para melhorias no serviço de saúde são compatíveis com os motivos apresentados pelos trabalhadores que não estão satisfeitos com os serviços oferecidos pelo PSF.

A Tabela 23 apresenta a opinião dos trabalhadores sobre a facilidade de acesso do trabalhador à Unidade de Saúde da Família, localizada na sede do distrito de Itaóca.

Tabela 23: Acesso ao serviço de saúde de Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Acesso	Frequência	Percentual Válido
Fácil	143	84,6
Difícil	14	8,3
Não respondeu	12	7,1
TOTAL	169	100,0

Observa-se que 84,6% dos trabalhadores que referem utilizar o serviço de saúde, consideram o acesso fácil, e apenas 8,3% declarou possuir dificuldade para ir de sua residência ao serviço de saúde do distrito. Os motivos referidos pelos trabalhadores que relataram dificuldade no acesso foram a distância, relatada pelos trabalhadores que residem em áreas rurais; as péssimas condições de conservação das estradas rurais que dão acesso ao distrito e a falta de um meio de transporte disponível; e a presença de moradores em locais de muito morro e com falta de iluminação.

Pinheiro et al. (2002) também observaram que a dificuldade de transporte e a distância são as razões impeditivas mais frequentes para a busca de serviços de saúde por pessoas que residam em regiões rurais.

A Tabela 24 apresenta a distribuição da ocorrência de dispensa do trabalho para comparecer ao serviço de saúde.

Tabela 24: Distribuição da ocorrência de dispensa do trabalho para busca de atendimento de saúde. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Dispensa do trabalho	Frequência	Percentual Válido
Sim	59	35,1
Sim, mas apenas com atestado	92	54,8
Não	5	3,0
Não respondeu	12	7,1
TOTAL	168	100,0

Os trabalhadores do setor de rochas que necessitam buscar assistência para algum agravo à saúde na maioria das vezes (54,8%) são liberados de suas atividades laborais, sendo que a justificativa da presença no serviço de saúde é o atestado médico, exigido pelas empresas.

A emissão de atestados médicos pelos profissionais médicos de Itaóca Pedra vem sendo questionada por empresários do ramo de rochas ornamentais no distrito, que, em alguns casos, conforme relato dos profissionais de saúde, ameaçam a profissional que emite o documento. Os motivos alegados pelos empregadores é que não existe a necessidade de se perder um dia de produção para a busca de serviços de saúde e, além disso, a emissão de atestados e de concessão de afastamento do trabalho por doença profissional ou acidente de trabalho traz à tona uma realidade do setor que não pode ser descortinada para clientes e para a sociedade em geral. Em consequência disso, os trabalhadores relatam a dificuldade para saírem do serviço em busca de assistência, já que os médicos estão efetivamente sendo muito mais “criteriosos” na concessão de atestados.

Dentre os trabalhadores entrevistados, 35,1% relataram conseguir dispensa do trabalho sem a presença de atestado médico.

Foi investigada a percepção sobre o respeito dos profissionais de saúde para com os trabalhadores que procuram o serviço, de acordo com a visão do trabalhador. A Tabela 25 revela que 78% dos trabalhadores que utilizam o serviço se sentem respeitados pelos profissionais de saúde.

Tabela 25: Distribuição da ocorrência de respeito dos profissionais de saúde do distrito de Itaóca Pedra para com o trabalhador. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim /ES. Agosto - Novembro 2008.

Respeito	Frequência	Percentual Válido
Sim	131	78,0
Não	20	11,9
Não respondeu	17	10,1
TOTAL	168	100,0

Os motivos alegados pelos trabalhadores que não se sentem respeitados são a falta de educação dos profissionais de saúde; falta de atenção e descaso com o paciente; demora proposital para atendimento; e consulta médica mal feita - falta de paciência, humilhação e preconceito.

5.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE MORBIDADE REFERIDA E CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO DOS TRABALHADORES

5.4.1 Morbidade referida aguda e condições de vida e trabalho dos trabalhadores

A Tabela 26 apresenta a distribuição dos trabalhadores segundo tendo referido apresentar problemas de saúde nos 15 dias anteriores à pesquisa e as variáveis quantitativas estudadas.

Tabela 26: Distribuição dos trabalhadores segundo terem referido apresentar problemas de saúde nos 15 dias anteriores à pesquisa, média e desvio padrão das variáveis quantitativas estudadas. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES. Agosto – Novembro 2008.

	Problema de saúde nos últimos 15 dias	n	Média	Desvio Padrão	p-valor
Idade (anos)	Sim	85	36,48	10,80	0,5988
	Não	102	35,64	11,01	
Anos de estudo	Sim	84	5,83	2,80	0,2853
	Não	100	6,30	2,97	
Número de pessoas que moram na casa do trabalhador	Sim	85	3,54	1,55	0,6501
	Não	102	3,38	1,51	
Quanto tempo trabalha na indústria de rochas ornamentais (anos)	Sim	85	16,30	10,41	0,1810
	Não	101	14,44	10,43	
Quanto tempo trabalha na empresa atual (anos)	Sim	84	7,47	7,82	0,1372
	Não	100	5,11	5,00	
Quanto tempo trabalha na atual função (anos)	Sim	85	7,94	7,42	0,2151
	Não	100	6,71	6,87	
Quantas horas trabalhou na última semana trabalhada	Sim	84	43,35	13,50	0,9920
	Não	98	44,05	9,26	
Horas extras no último mês (horas)	Sim	46	26,70	18,39	0,3899
	Não	60	23,18	22,39	

De acordo com a Tabela 26, verifica-se que as diferenças encontradas não foram estatisticamente significantes ($p\text{-valor} \leq 0,05$) e, portanto, não é possível afirmar que, para a totalidade dos trabalhadores do setor de rochas residentes em Itaóca Pedra e vinculados ao sindicato da categoria, existem diferenças entre as pessoas que relataram ter apresentado algum problema de saúde nos últimos 15 dias e o grupo

de pessoas que relataram não ter apresentado problemas de saúde no período, em relação às variáveis estudadas.

A realização do teste para verificar associação entre variáveis “problema de saúde nos últimos 15 dias” e as variáveis qualitativas não mostrou significância estatística para quase a totalidade das variáveis estudadas: cor, estado civil, plano de saúde, utilização da USF, satisfação com as ações oferecidas pela USF, opinião sobre a possibilidade de melhora do atendimento ao trabalhador na USF, uso de bebidas alcoólicas, tabagismo, prática de atividade física, prática de atividade de lazer, turno de trabalho, pausa para a refeição durante a jornada, realização de horas-extras, autonomia na função que exerce, oportunidade para promoções na empresa, problemas com a chefia, cooperação dos colegas de trabalho quando necessário, sentir-se ameaçado por corte de pessoal, trabalho por produção pré-definida, ritmo de trabalho muito acelerado, improvisações no desenvolvimento das atividades, existência de treinamentos adequados para o trabalho, reconhecimento pelo trabalho, exposição a ruído intenso, exposição à umidade excessiva, exposição à vibração intensa, exposição ao calor intenso, exposição à chuva, disponibilização de EPI pela empresa, utilização de EPI disponibilizado pela empresa, participação em reuniões na empresa para discutir riscos à saúde no ambiente de trabalho e sentimento de valorização pelo trabalho que realiza. Para a análise dos resultados da aplicação dos testes a essas variáveis, consultar o APÊNDICE D.

Entretanto, houve associação significativa entre a ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias e as variáveis: auto-avaliação do estado de saúde, considerar que recebe uma boa remuneração pelo trabalho, exposição à poeira e exposição ao excesso de claridade.

A Tabela 27 mostra que houve maior proporção de problemas de saúde nos últimos 15 dias entre aqueles que se auto-avaliaram de maneira mais negativa em relação ao seu estado de saúde e os que não consideraram receber uma boa remuneração pelo trabalho.

A associação entre a auto-avaliação do estado de saúde com a ocorrência de problema de saúde nos últimos 15 dias é compreensível, tendo em vista que a própria ocorrência recente de um problema de saúde pode resultar na percepção (e auto-avaliação) de que o estado de saúde está precário e vice-versa. Por outro lado, a opinião sobre estar recebendo uma boa remuneração pelo trabalho que realiza

pode estar relacionada tanto às condições materiais que possibilitam manter o estado de saúde (alimentação, lazer, habitação, etc, e acesso a recursos privados de saúde) quanto à satisfação pelo reconhecimento que uma boa remuneração representa. Entretanto, tendo em vista que a distribuição da variável dependente pelos aspectos estudados resultou em um número muito baixo (menor do que 5 pessoas) de ocorrências para alguns cruzamentos (por exemplo, quem considerou ruim ou muito ruim seu estado de saúde, tanto para os que apresentaram problema de saúde quanto para os que não apresentaram), os resultados de significância estatística devem ser analisados com cautela.

Tabela 27: Distribuição dos trabalhadores pela ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias, segundo auto-avaliação do estado de saúde e a consideração de que recebem uma boa remuneração pelo trabalho. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES. Agosto – Novembro 2008.

			Problema de saúde nos últimos 15 dias			p-valor
			Sim	Não	Total	
Auto-avaliação do estado de saúde	Muito bom	n	4	16	20	0,0000*
		%	20,00	80,00	100,00	
	Bom	n	38	68	106	
		%	35,85	64,15	100,00	
	Regular	n	37	18	55	
		%	67,27	32,73	100,00	
	Ruim	n	5	0	5	
		%	100,00	0,00	100,00	
	Muito ruim	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Consideração de que recebem uma boa remuneração pelo trabalho	Sim	n	30	56	86	0,0531*
		%	34,88	65,12	100,00	
	Às vezes	n	6	7	13	
		%	46,15	53,85	100,00	
	Não	n	48	38	86	
		%	55,81	44,19	100,00	
	Não respondeu	n	1	1	2	
		%	50,00	50,00	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	

*Estatisticamente significante

A Tabela 28 mostra que houve maior proporção de problemas de saúde nos últimos 15 dias entre aqueles que relataram estar menos expostos à poeira e mais expostos ao excesso de claridade e ao sol.

Tabela 28: Distribuição dos trabalhadores pela ocorrência de problemas de saúde nos últimos 15 dias, segundo exposição à poeira, exposição a excesso de claridade e exposição ao sol. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES. Agosto – Novembro 2008.

			Problema de saúde nos últimos 15 dias			p-valor
			Sim	Não	Total	
Exposição à poeira	Sim	n	59	84	143	0,0378*
		%	41,26	58,74	100,00	
	Não	n	26	18	44	
		%	59,09	40,91	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Exposição a excesso de claridade	Sim	n	48	41	89	0,0265*
		%	53,93	46,07	100,00	
	Não	n	37	61	98	
		%	37,76	62,24	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Exposição ao sol	Sim	n	53	50	103	0,0707
		%	51,46	48,54	100,00	
	Não	n	31	52	83	
		%	37,35	62,65	100,00	
	Não respondeu	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
	Total	n	85	102	187	
			%	45,45	54,55	100,00

*Estatisticamente significante

A ocorrência de maior proporção de problemas de saúde nos últimos 15 dias entre os que não relataram exposição à poeira surpreende em um primeiro momento de análise, tendo em vista que seria esperada uma relação contrária. Entretanto, é possível que tenha ocorrido algum fator de confundimento, ou seja, algum outro fator de risco que esteja presente, principalmente para aqueles que responderam não estar expostos à poeira (talvez algumas funções desempenhadas em alguns locais específicos), fator esse que seria responsável pelo efeito de morbidade aguda nesses trabalhadores.

A exposição ao excesso de claridade associada à morbidade referida aguda informa as condições relacionadas ao trabalho em céu aberto. Nesse sentido, deve-se considerar a exposição ao sol, variável que esteve muito próxima de atingir os limites para significância estatística ($p=0.0707$) e, portanto, pode estar revelando uma tendência de associação também com esse aspecto.

5.4.2 Morbidade referida crônica e condições de vida e trabalho dos trabalhadores

Quando apresentadas as mesmas variáveis sociodemográficas e ocupacionais quantitativas associadas à ocorrência de problemas de saúde nos últimos 12 meses (Tabela 29), verifica-se que, para o grupo de pessoas que relataram ter apresentado algum problema nesse período, são maiores as médias de idade, do número de pessoas que moram na casa do trabalhador, do tempo que trabalha na indústria de rochas ornamentais, do tempo que trabalha na empresa atual e do tempo que trabalha na atual função. Paralelamente a isso, a média de estudos para esse grupo de pessoas é menor. Todas as diferenças foram estatisticamente significantes.

Tabela 29: Distribuição dos trabalhadores segundo terem referido apresentar problemas de saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa, média e desvio padrão das variáveis quantitativas estudadas. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES. Agosto – Novembro 2008.

	Problema de saúde que tenha os acometido várias vezes nos últimos 12 meses	n	Média	Desvio Padrão	p-valor
Idade (anos)	Sim	84	39,82	10,85	0,0000*
	Não	103	32,92	9,96	
Anos de estudo	Sim	82	5,37	2,72	0,0011*
	Não	102	6,67	2,92	
Número de pessoas que moram na casa do trabalhador	Sim	84	3,79	1,55	0,0136*
	Não	103	3,18	1,46	
Quanto tempo trabalha na indústria de rochas ornamentais (anos)	Sim	84	18,14	10,40	0,0006*
	Não	102	12,95	9,92	
Quanto tempo trabalha na empresa atual (anos)	Sim	83	7,40	7,48	0,0214*
	Não	101	5,19	5,48	
Quanto tempo trabalha na atual função (anos)	Sim	84	8,72	7,67	0,0268*
	Não	101	6,07	6,46	
Quantas horas trabalhou na última semana trabalhada	Sim	81	45,42	10,60	0,1719
	Não	101	42,37	11,86	
Horas extras no último mês (horas)	Sim	53	23,62	22,03	0,5925
	Não	53	25,79	19,49	

*Estatisticamente signifiante

O fato de diferenças entre os grupos que apresentam morbidade e os que não apresentaram só ocorrerem para aqueles que referiram problemas de saúde nos últimos 12 meses pode estar indicando a importância do desgaste acumulado na

determinação de problemas de saúde crônicos entre esses trabalhadores. As variáveis em que ocorreram diferenças corroboram essa hipótese, uma vez que mostram: de um lado, aspectos do desgaste que surgiram com o tempo (de vida e de trabalho no setor de rochas ornamentais), mais do que um desgaste do momento atual (jornada de trabalho semanal e horas extras realizadas); de outro lado, menor número de anos de estudo e maior número de pessoas dependentes do trabalhador, o que revela uma pior situação na luta por uma colocação no mercado de trabalho e maiores despesas com manutenção da família.

Não foi encontrada associação de ocorrência entre problemas de saúde nos últimos 12 meses e: cor, plano de saúde, satisfação com as ações oferecidas pela USF, uso de bebidas alcoólicas, tabagismo, prática de atividade de lazer, pausa para refeição durante a jornada, autonomia na função que exerce, oportunidade para promoções na empresa, problemas com a chefia, exposição ao calor intenso, exposição a excesso de claridade, exposição à chuva, sentir-se ameaçado por corte de pessoal, trabalho por produção pré-definida, ritmo de trabalho muito acelerado, improvisação no desenvolvimento das atividades, existência de treinamentos adequados para o trabalho, reconhecimento pelo trabalho, opinião sobre receber boa remuneração pelo trabalho, exposição à poeira, exposição à umidade excessiva, exposição ao ruído intenso, exposição à vibração intensa, disponibilização de EPI pela empresa, utilização de EPI disponibilizado pela empresa, participação em reuniões na empresa para discutir riscos à saúde no ambiente de trabalho e sentimento de valorização pelo trabalho que realiza. Para a análise dos resultados dos testes realizados, consultar o APÊNDICE E.

Houve associação estatística entre a variável “ocorrência de problemas de saúde nos últimos 12 meses” e as seguintes variáveis: estado civil; auto-avaliação do estado de saúde; prática de atividade física; utilização da USF; opinião sobre a possibilidade de melhora do atendimento ao trabalhador na USF; turno de trabalho e cooperação dos colegas de trabalho quando necessário.

A Tabela 30 mostra que houve maior proporção de problemas de saúde nos últimos 12 meses entre trabalhadores casados ou que vivem maritalmente com alguém em relação aos viúvos ou separados; entre os que auto-avaliam mais negativamente seu estado de saúde e entre os que referiram não realizar atividade física fora do trabalho.

Tabela 30: Distribuição dos trabalhadores pela ocorrência de problemas de saúde nos últimos 12 meses, segundo estado civil, auto-avaliação do estado de saúde, realização de atividade física fora do trabalho e realização de atividades de lazer. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES. Agosto – Novembro 2008.

		Problema de saúde que tenha os acometido várias vezes nos últimos 12 meses			p-valor
		Sim	Não	Total	
Estado civil	Solteiro	n	12	33	45
		%	26,67	73,33	100,00
	Casado ou vive maritalmente com alguém	n	70	67	137
		%	51,09	48,91	100,00
	Viúvo	n	0	2	2
		%	0,00	100,00	100,00
	Divorciado, desquitado ou separado	n	2	1	3
		%	66,67	33,33	100,00
	Total	n	84	103	187
		%	44,92	55,08	100,00
Auto-avaliação do estado de saúde	Muito bom	n	7	13	20
		%	35,00	65,00	100,00
	Bom	n	32	74	106
		%	30,19	69,81	100,00
	Regular	n	39	16	55
		%	70,91	29,09	100,00
	Ruim	n	5	0	5
		%	100,00	0,00	100,00
	Muito ruim	n	1	0	1
		%	100,00	0,00	100,00
	Total	n	84	103	187
		%	44,92	55,08	100,00
Realização de atividade física fora do trabalho	Sim	n	23	44	67
		%	34,33	65,67	100,00
	Não	n	61	59	120
		%	50,83	49,17	100,00
	Total	n	84	103	187
		%	44,92	55,08	100,00
Realização de atividades de lazer	Sim	n	53	77	130
		%	40,77	59,23	100,00
	Não	n	31	26	57
		%	54,39	45,61	100,00
	Total	n	84	103	187
		%	44,92	55,08	100,00

*Estatisticamente significante

Considerando que a morbidade crônica pode estar relacionada ao desgaste acumulado, os trabalhadores casados poderiam ter acrescida a preocupação com o sustento da família que deles dependem. Como apontado na morbidade aguda, também é compreensível a associação com a auto-avaliação do estado de saúde, tendo em vista que a própria percepção de um estado mórbido crônico pode levar ao

reconhecimento de um estado de saúde precário. Por outro lado, a menor proporção de trabalhadores com morbidade referida crônica entre aqueles que praticam atividades físicas fora do trabalho pode estar indicando esse fator como protetor contra o adoecimento. Essa hipótese pode ser reforçada por ter sido observada menor proporção de morbidade entre os que realizavam atividades de lazer, variável cujo valor esteve próximo de atingir o critério de significância estatística ($p=0.0848$).

As variáveis “estado civil” e “auto-avaliação do estado de saúde” devem ser analisadas com cautela, apesar de ter sido observado p-valor estatisticamente significativo, tendo em vista a ocorrência de um número muito baixo (menor que 5 pessoas) em alguns cruzamentos.

A Tabela 31 mostra que houve maior proporção de trabalhadores com problemas de saúde nos últimos 12 meses entre os que utilizam os serviços oferecidos pela USF do distrito e os que opinaram que a USF poderia melhorar o atendimento ao trabalhador.

Tabela 31: Distribuição dos trabalhadores pela ocorrência de problemas de saúde nos últimos 12 meses, segundo utilização dos serviços da USF do distrito e opinião sobre possibilidade de melhora da USF para atendimento ao trabalhador. Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES. Agosto – Novembro 2008.

			Problema de saúde que tenha os acometido várias vezes nos últimos 12 meses			p-valor
			Sim	Não	Total	
Utiliza os serviços de saúde oferecidos pela Unidade de Saúde da Família do distrito	Sim	n	49	35	84	0,0009*
		%	58,33	41,67	100,00	
	Não	n	35	68	103	
		%	33,98	66,02	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
%		58,33	41,67	100,00		
Você acha que a Unidade de Saúde da Família poderia melhorar o seu atendimento ao trabalhador do setor de rochas ornamentais?	Sim	n	69	55	124	0,0250*
		%	55,65	44,35	100,00	
	Não	n	8	12	20	
		%	40,00	60,00	100,00	
	Não respondeu	n	5	15	20	
		%	25,00	75,00	100,00	
	Total	n	82	82	164	
		%	50,00	50,00	100,00	

*Estatisticamente significante

A maior proporção de trabalhadores com morbidade referida crônica entre os que utilizam os serviços oferecidos pela USF do distrito tanto pode estar indicando que aqueles que não dispõem de recursos financeiros para procurar atendimento privado de saúde adoecem mais, como também que aqueles que têm problemas de saúde mais crônicos estão tendo maior acesso aos serviços oferecidos pela USF - que sabidamente oferece principalmente esse tipo de atenção. Por outro lado, os trabalhadores que adoecem têm maior expectativa de que a USF possa melhorar o atendimento, considerando as especificidades decorrentes do fato de serem trabalhadores.

A Tabela 32 mostra que houve maior proporção de trabalhadores com problemas de saúde nos últimos 12 meses entre os que trabalhavam em turno fixo no período diurno e que referiram exposição ao sol, condições próprias do trabalho de extração em céu aberto. Essas variáveis também devem ser analisadas com cautela, apesar de ter sido observado p-valor estatisticamente significativo, tendo em vista a ocorrência de um número muito baixo (menor que 5 pessoas) em alguns cruzamentos.

Apesar de mostrar significância estatística, a variável “cooperação dos colegas de trabalho na realização de suas atividades” também deve ser analisada com cautela, tendo em vista que a quase totalidade dos pesquisados responderam afirmativamente a essa questão, dificultando sua compreensão.

Houve maior proporção de morbidade referida crônica entre aqueles que referiram realizar horas extras, estando seu p-valor no limite do critério de significância estatística ($p=0.0582$), motivo pelo qual é possível considerar que há uma tendência para que ocorra essa relação na população-alvo do estudo, indicando mais um aspecto que reforça a hipótese de condições de trabalho relacionadas ao desgaste da saúde destes trabalhadores.

Tabela 32: Distribuição dos trabalhadores pela ocorrência de problemas de saúde nos últimos 12 meses, segundo turno de trabalho, realização de horas extras, cooperação dos colegas de trabalho e exposição ao sol . Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES. Agosto – Novembro 2008.

		Problema de saúde que tenha os acometido várias vezes nos últimos 12 meses			p-valor
		Sim	Não	Total	
Turno de trabalho	<i>Fixo no período diurno</i>	<i>n</i> 72	72	144	0,0247*
		<i>%</i> 50,00	50,00	100,00	
	<i>Fixo no período noturno</i>	<i>n</i> 4	11	15	
		<i>%</i> 26,67	73,33	100,00	
	<i>Em turnos alternados - escala (diurno e noturno)</i>	<i>n</i> 7	20	27	
		<i>%</i> 25,93	74,07	100,00	
	<i>Não respondeu</i>	<i>n</i> 1	0	1	
		<i>%</i> 100,00	0,00	100,00	
Total		n 84	103	187	
		% 44,92	55,08	100,00	
Realização de horas extras	<i>Sim</i>	<i>n</i> 54	52	106	0,0582
		<i>%</i> 50,94	49,06	100,00	
	<i>Não</i>	<i>n</i> 30	51	81	
		<i>%</i> 37,04	62,96	100,00	
	Total	n 84	103	187	
		% 44,92	55,08	100,00	
Cooperação dos colegas de trabalho, na realização de suas atividades, quando necessário	<i>Sim</i>	<i>n</i> 81	98	179	0,0130*
		<i>%</i> 45,25	54,75	100,00	
	<i>Às vezes</i>	<i>n</i> 3	0	3	
		<i>%</i> 100,00	0,00	100,00	
	<i>Não</i>	<i>n</i> 0	3	3	
		<i>%</i> 0,00	100,00	100,00	
	<i>Não respondeu</i>	<i>n</i> 0	2	2	
		<i>%</i> 0,00	100,00	100,00	
Total		n 84	103	187	
		% 44,92	55,08	100,00	
Exposição ao sol	<i>Sim</i>	<i>n</i> 53	50	103	0,0498*
		<i>%</i> 51,46	48,54	100,00	
	<i>Não</i>	<i>n</i> 30	53	83	
		<i>%</i> 36,14	63,86	100,00	
	<i>Não respondeu</i>	<i>n</i> 1	0	1	
		<i>%</i> 100,00	0,00	100,00	
	Total	n 84	103	187	
		% 44,92	55,08	100,00	

*Estatisticamente significante

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados levantados nesta pesquisa constituíram forte demonstração empírica para a teoria da determinação social do processo saúde-doença, tendo os trabalhadores da indústria de rochas ornamentais como sujeitos, uma vez que suas condições de vida e trabalho são determinadas pela forma particular de organização social diante das necessidades dos processos econômicos que ocorrem na sociedade.

Como pode ser visto, o processo de produção e trabalho no setor de rochas, em Itaóca Pedra, influencia não só o perfil de saúde dos trabalhadores, mas sim todos os aspectos de sua vida. Os homens nascem na pedra, vivem na pedra e morrem na pedra. Toda a estrutura social do distrito é voltada para a atividade com as rochas. Todos os residentes do distrito têm, de alguma forma, uma ligação com o setor.

O setor de rochas ornamentais é hoje uma das únicas fontes de trabalho para os homens residentes na localidade. A pesquisa mostrou que essa população é, em sua maioria, parda, adulta-jovem (com média de 36,5 anos de idade) e com baixo nível de escolaridade (em média, 6 anos de estudo), o que mostra a falta de perspectivas de crescimento profissional dentro e fora do setor frente ao sistema capitalista, em que a escolaridade e a qualificação profissional são aspectos básicos e essenciais para o desenvolvimento profissional.

Apesar disso, a única preocupação do trabalhador parece ser se manter, sem ambição, em seu posto de trabalho. Por um lado, porque a atividade no setor já se tornou própria dos homens que vivem no distrito e, por outro lado, porque o trabalhador sabe que existe uma grande fila de desempregados à espera de uma vaga nas empresas do setor, mesmo com todas as desvantagens trazidas pela atividade.

Embora a atividade de extração de rochas seja o carro-chefe da economia do distrito e até mesmo do município, o poder público e as empresas ali localizadas pouco se preocupam com a estrutura social da localidade, o que causa revolta e indignação nos trabalhadores e na população em geral, visível durante o trabalho de campo da pesquisa. O distrito não possui tratamento de esgoto, ruas em boas condições de tráfego, ambientes de lazer e transporte público adequado, dentre outros aspectos.

Portanto, a divisão social do trabalho e dos resultados econômicos da atividade no setor de rochas ornamentais reserva a esses trabalhadores condições precárias de vida e pouca opção para a transformação dessas, que são mantidas também pelas políticas públicas que não buscam a equidade na alocação de recursos, o que garantiria melhores condições de vida, trabalho e acesso a uma saúde de qualidade.

Diante disso, resta ao povo, residente da pequena cidade empoeirada pela grande movimentação de caminhões em estradas de chão e pelas detonações de pedra, trabalhar, ou seja, viver em função de sua atividade de trabalho.

Igualmente precárias são as condições de trabalho levantadas pelo estudo. Apesar de uma discreta evolução percebida na organização e divisão do trabalho em relação ao descrito para o início da atividade há algumas décadas atrás, observou-se que as condições de trabalho continuam precárias e o trabalhador se encontra intensamente exposto a elas.

Aparentemente, as contínuas pressões do sindicato da categoria, dos órgãos fiscalizadores e das leis trabalhistas fazem com que os empresários tentem se enquadrar minimamente; muitas vezes, mascarando as condições reais em que o trabalho é realizado. Tal constatação pode ser demonstrada pela falta de infraestrutura mínima oferecida pelas empresas – como, por exemplo, banheiros e refeitórios sem higiene e manutenção e a indisponibilidade de água própria para o consumo do trabalhador – como relatado por cerca de 20% dos trabalhadores pesquisados.

A grande exposição ocupacional aos agentes físicos e ambientais como a poeira, o ruído intenso, o sol, a chuva e outros se constitui como mais um aspecto, bastante presente no setor de rochas, e que interfere diretamente no processo de desgaste do trabalhador.

Diante disso, relata-se, mais uma vez, a urgente necessidade de melhorias no processo produtivo do setor, com a adoção, cada vez maior, de tecnologias e formas de organização do trabalho que exponham menos o trabalhador aos fatores ambientais e de riscos advindos do processo produtivo.

Outro fator que certamente contribuirá com a implantação de melhores condições de trabalho e alterações no processo de organização e divisão do trabalho é a atuação forte e permanente do sindicato da categoria juntamente com os trabalhadores,

atuando não só fora das empresas, mas também em seu interior, principalmente fortalecendo a implantação e as discussões através da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). Essas comissões, apesar de presentes em algumas empresas do setor, não funcionam como desencadeadoras de discussões que possam vir a alterar efetivamente o processo de trabalho, em decorrência da grande repressão patronal, conforme manifestação espontânea de alguns trabalhadores no processo de levantamento de dados e, também, da diretoria sindical.

Um dos indicadores mais importantes sobre a periculosidade dos processos produtivos é a ocorrência de acidentes de trabalho, sendo bastante alarmante sua ocorrência no setor de rochas. Aproximadamente metade dos trabalhadores entrevistados já sofreu algum acidente de trabalho durante sua vida laborativa, sendo mais frequentes os cortes e mutilações por esmagamento. Deve-se considerar que essa cifra, obviamente, não inclui os acidentes fatais; esses são bastante divulgados quanto à sua ocorrência no setor de rochas.

As questões relativas aos acidentes de trabalho são antigas e estão presentes em inúmeras discussões, tanto em trabalhos científicos (AGUIAR, 1995; MOULIN, 2006), como nos sindicatos e na mídia em geral. No entanto, pouco se tem aproveitado os resultados dessas discussões para a promoção de um ambiente de trabalho mais seguro e a diminuição dos acidentes de trabalho.

Em decorrência disso, percebe-se a necessidade de uma atitude mais efetiva dos órgãos públicos fiscalizadores e do sindicato da categoria, para que se promovam alterações no processo produtivo com vistas à melhoria das condições de trabalho e minimização do número de acidentes.

De grande relevância também seria a intensificação da participação paralela do sindicato, garantindo acesso de informações aos trabalhadores, através de reuniões ou grupos de discussões, que discutisse os direitos e deveres dos trabalhadores e os riscos da atividade, imprimindo, assim, uma consciência coletiva em que a necessidade de prevenção de acidentes e a manutenção da saúde sejam características relevantes.

É sabido também que, diante da força política, econômica e social dos empresários e do sindicato patronal, a situação de reivindicação dos trabalhadores sobre seus

direitos de se trabalhar com segurança e garantia de sua saúde ficam afetadas pelo medo de represálias, principalmente a de perda do emprego e a de ser rotulado como trabalhador “exigente” e problemático frente a outros empresários do setor. Afinal, apesar dos riscos, o trabalhador precisa prover o sustento de si e de sua família; enfim, sobreviver. Sendo assim, cabe à população em geral, aos pesquisadores, ao sindicato, à igreja e ao próprio trabalhador continuar com o processo de denúncia e luta por uma condição mais digna de vida e trabalho.

Em relação à estimativa da prevalência de morbidade referida pelos trabalhadores no setor, constatou-se que tanto a aguda quanto a crônica foram mais elevadas do que a encontrada em estudos com outras categorias.

Analisando a visão que os trabalhadores possuem sobre saúde - como sendo aptidão e prontidão para a realização da atividade de trabalho, de acordo com estudo de Moulin (2000) - pode-se supor a gravidade e a intensidade desses eventos à saúde, tão prementes que foram declarados abertamente aos entrevistadores, o que não era esperado pela pesquisadora.

Sabe-se, de acordo com diversos estudos (PINHEIRO et al., 2002; VERBRUGGE & WINGARD, 1987; MACINTYRE et al., 1999 apud PINHEIRO et al., 2002), que os homens são menos propensos a reportar os problemas de saúde do que as mulheres, e que o gênero masculino é mais afetado por doenças crônicas fatais em decorrência de seu estilo de vida e do meio social em que se encontra inserido. Dessa forma, dentre os homens, a maior ingestão de álcool, o uso de cigarro e as situações relacionadas ao trabalho, entre outros aspectos, levam a um aumento de problemas a longo prazo.

O perfil de morbidade referida aguda, manifestação de problema de saúde ocorrido nos 15 dias anteriores à entrevista, é encabeçado pelos problemas osteoarticulares, prevalecendo em cerca de 20% dos trabalhadores. Outros grupos de morbidade que compõem de forma importante esse perfil são os problemas de vias aéreas superiores, as dores de cabeça e enxaquecas. Apesar do desenho de estudo epidemiológico utilizado não ser apropriado para a verificação da existência de relações causais, as associações encontradas sugerem relação entre as condições materiais de existência precárias (má remuneração pelo trabalho) e algumas condições de trabalho próprias do trabalho em céu aberto (excesso de claridade e, possivelmente, exposição ao sol) com a ocorrência de morbidade aguda.

O perfil de morbidade referida crônica, manifestação de problemas que vinham ocorrendo nos 12 meses anteriores à entrevista, também é encabeçado pelos problemas osteoarticulares, referidos por cerca de 20% dos trabalhadores. Contudo, outros grupos de morbidade adquirem importância no perfil: os problemas cardiovasculares (particularmente a hipertensão arterial) e os problemas gastrointestinais. Para a morbidade referida crônica, estiveram associadas variáveis que sugerem maior preocupação com o sustento da família (os casados ou vivendo maritalmente com alguém), desgaste acumulado da vida e trabalho (anos de vida e de trabalho no setor, realização de horas extras), bem como condições associadas ao trabalho na extração (turno de trabalho fixo diurno e exposição ao sol). Para essa morbidade, a realização de atividade física fora do trabalho e, possivelmente, a realização de atividades de lazer constituíram fatores de proteção.

O grande percentual de queixas agudas de saúde, característica não inerente ao gênero masculino e fato não observado em estudos semelhantes, pode estar indicando primeiramente a manifestação aguda de sintomas relacionados às doenças crônicas e, em segundo lugar, mostram a precariedade da situação de saúde vivenciada pelos trabalhadores do setor de rochas ornamentais.

Para a resolução de seus problemas de saúde, observou-se que os trabalhadores utilizam serviços públicos e privados de saúde.

A constatação da grande presença de planos de saúde entre os trabalhadores (57,2%) é um fato novo observado na pesquisa, e marca uma relativa facilitação para a assistência privada à saúde aos trabalhadores. Esses planos são em sua maioria financiados pelas empresas ou divididos entre essa e o trabalhador - que, dessa forma, tem garantia de seu atendimento e não fica preso à grande morosidade do sistema público de saúde e pode, assim, retornar mais rapidamente ao trabalho na produção.

Em relação ao uso dos serviços públicos de saúde pelos trabalhadores, observou-se que a porta de entrada usualmente utilizada por esses é o pronto atendimento do distrito (referido por quase metade dos que procuraram atendimento devido à morbidade aguda), distorcendo assim o propósito da política de saúde brasileira, em que a porta de entrada principal do sistema deveria se constituir na atenção básica.

Ficou bastante claro no estudo que a maior procura pelo pronto atendimento local se deve ao fato de se percebê-lo como a forma mais fácil e resolutiva encontrada pelos trabalhadores que necessitam de atendimento emergencial de saúde ou mesmo de utilizá-lo como porta de entrada para outras especialidades, o que é feito a partir do encaminhamento a outros serviços de referência.

A facilidade de acesso a esse tipo de serviço se constitui pelo fato de o trabalhador não precisar marcar previamente sua consulta e também pelo amplo horário de atendimento (24 horas), o que não implica a dispensa do trabalho para se procurar assistência, fato esse que não é aceito facilmente pelos empregadores. Tais aspectos não fazem parte do escopo de atuação do Programa de Saúde da Família distrital, que, além disso, não disponibiliza nenhuma atividade específica para o trabalhador.

Outro fator bastante destacado foi a burocracia enfrentada pelos trabalhadores nos diversos serviços públicos pelos quais passaram, quando a eles foram encaminhados. Diante da morosidade do sistema, muitos trabalhadores ficaram emperrados nos diversos caminhos de referência e contra-referência a que esses são encaminhados para a resolução de seu problema de saúde. Cada serviço possui um fator dificultador para se efetivar a assistência. Além disso, o trabalhador não tem “tempo”, nem “oportunidade” para enfrentar o sistema, o que acarreta abandonos de tratamento e incremento das taxas de morbidade e mortalidade.

Frente a essa realidade, compreende-se a necessidade de aproximação das políticas de saúde que regem o atual sistema de saúde público brasileiro com o trabalhador, através do fortalecimento da atenção básica no distrito, serviço com capacidade resolutiva frente a uma grande quantidade de agravos à saúde.

A implantação, via Secretaria Municipal de Saúde, de ações facilitadoras de acesso do trabalhador ao serviço de saúde vai desde a ampliação do horário de atendimento no Programa de Saúde da Família do distrito, passando pela contratação efetivada e manutenção de profissionais de saúde – agentes de saúde, enfermeiros, médicos e odontólogos - capazes de formar vínculo com essa população, até à implantação de um programa de saúde do trabalhador que traga a esses uma maior facilidade no atendimento e uma maior discussão preventiva, que envolva desde aspectos relacionados ao trabalho até àqueles que abranjam a saúde do homem em geral.

Tais ações e programas podem e devem contar com o apoio do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CRST), implantado recentemente no município de Cachoeiro de Itapemirim e que visa cobrir todo o sul do Estado do Espírito Santo, disponibilizando recursos e programas, assim como assistência especializada em saúde, para atender especificamente esse público.

Outro aspecto que deve ser considerado é a interação do CRST não só com o serviço de saúde local, mas também com o sindicato dos trabalhadores e o sindicato patronal, com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) - através das Delegacias Regionais do Trabalho (DRT) - e com as instituições de ensino do Estado. Tais interações fazem parte dos princípios de intersetorialidade e interdisciplinaridade e visam a promover maior investigação e denúncia das condições de trabalho e saúde inadequadas e uma assistência à saúde mais direcionada às necessidades de saúde do trabalhador, inclusive com ações de promoção e proteção da saúde, embasadas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) e na Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

Diante do cenário encontrado e das possibilidades de atuação dos diversos atores sociais envolvidos no processo, espera-se que a saúde do trabalhador do setor de rochas ornamentais seja encarada com seriedade e responsabilidade, evitando-se, assim, a exposição do trabalhador a fatores que o levam, hoje, a adoecer e morrer, gerando inúmeras consequências sociais para os próprios trabalhadores, suas famílias e a população em geral.

7 REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. G. et al. **Estudo das Condições de Trabalho e Saúde no Processo de Extração, Transporte e Beneficiamento de Mármore e Granito**. Vitória: Fundacentro, 1995.

ALENCAR, C.R.A. (Coord.). **Tecnologia de lavras e beneficiamento de rochas ornamentais**. Fortaleza: Instituto Euvaldo Lodi, 1996.

ALMEIDA, E.S. et al. **Distritos sanitários: concepção e organização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. p.11-25 (Série Saúde & Cidadania).

ANTUNES, R. As formas de padecimento no trabalho. **Saúde e Sociedade**. Vol.7, n.4. São Paulo, out./dez., 2008.

BAPTISTINI, M. A. **Distúrbios Músculo-esqueléticos no trabalhador do setor de rochas ornamentais em Cachoeiro de Itapemirim/ES**. 2006. Monografia (Graduação Enfermagem e Obstetrícia) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

BORGES, L. H. **Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos entre caixas bancários**. 1999. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. Congresso. Senado. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.125, de 6 de julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/legis/portarias.html>>. Acesso em: 20 mar. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 22 mar. 2008c.

BRASIL. Portaria Interministerial (Ministério da Saúde / Ministério da Previdência Social / Ministério do Trabalho e Emprego) . Portaria n.º 800, de 03 de maio de 2005. Pública o texto base da minuta de política nacional de segurança e saúde do trabalho. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/legis/portarias.html>>. Acesso em: 22 mar. 2008c.

BREILH, J. Reprodução social e investigação em Saúde Coletiva: construção do pensamento e debate. In: COSTA, D. C. (Org.) **Epidemiologia: Teoria e Objeto**. 2. ed. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, 1994.

CARDOSO, M.H.C.A.; GOMES, R. Representações sociais e históricas: referenciais teórico-metodológicos para o campo da Saúde Coletiva. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 16, vol. 2, p. 499-506, abr./jun. 2000.

CESAR, C.L.G et al. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. **Revista de Saúde Pública**, ano 30, vol. 2, p. 153-60, 1996.

CESAR, C. L. G; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989 – 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 12 (Supl. 2), p. 59–70, 1996.

CESAR, C. L. G. et al. Uso da Classificação Internacional de Doenças em Inquéritos de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 4, n.2, p. 120-129, 2001.

CHIODI FILHO, C; RODRIGUES, E. P.; ARTUR, A.C. Panorama técnico-econômico do setor de rochas ornamentais no Brasil. **Geociências**, São Paulo, v.23, n.1-2, p.5-20, 2004.

CNAE 2.0. **Classificação Nacional de Atividades Econômicas** - Comissão Nacional de Classificação, 2007.

COHN, A; MARSIGLIA, R. G. Processo e organização do trabalho. In: BUSCHINELLI, J. T.; ROCHA, L. E; RIGOTTO, R. M (Org.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, Doença e Trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1993.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho**. Ed. 5. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

DIAS, E. C; HOEFEL, M. da G. O desafio de implementar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciências e Saúde Coletiva**, ano 10, vol. 4, p. 817-828, 2005.

ESPÍRITO SANTO. Síntese dos indicadores sociais do Espírito Santo. Instituto Jones Santos Neves (IJSN), dez, 2008.

FACCHINI, L. A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: BUSCHINELLI, J. T.; ROCHA, L. E; RIGOTTO, R. M (Org.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, Doença e Trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1993.

GARCIA JUNIOR, A. C. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores na indústria do vestuário em Colatina-ES**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

GOMES, K. R. O; TANAKA, A. C. A. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, ano 37, v.1, p. 75-82, 2003.

GUTIERREZ, P.R; OBERDIEK, H.I. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL-NESCO, 2001.

IBGE. **Manual do recenseador**. Rio de Janeiro, 2000.

IDEIES. **Diagnóstico e atualização do cadastro do setor de mármore e granitos do estado do Espírito Santo**, Vitória, v.12, 1998.

LACAZ, F. A. de C. O campo da Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 23, vol. 4, p.757-766, abr. 2007.

LAURELL, A.C. La salud-enfermedad como proceso social. In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde – Trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

MARONI FILHO, E. **Continuidades e rupturas no processo de trabalho dos marmoristas: 1890-1950 e os dias de hoje**. 2005. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2005.

MEDRONHO, R. A; CARVALHO, D. M.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Publica**. São Paulo, ano 25, vol. 5, p.341-349, 1991.

MINAYO, M.C. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, ano 4, p.363-381, out./dez. 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: Manual de Gestão e Gerenciamento**. São Paulo, 2006.

MOULIN , M. G. B.; REIS, C. T.; WEINICHI, G. H. No meio do caminho havia uma pedra: organização do trabalho e saúde no processo de extração e beneficiamento de mármore. In: MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Fundacentro. **Trabalho, Educação e Saúde: um mosaico em múltiplos tons**, 2000. p. 221-239.

MOULIN , M. G. B. **O lado não polido do mármore e granito: a produção social dos acidentes de trabalho e suas consequências no setor de rochas ornamentais no sul do Estado do Espírito Santo.** 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

MOULIN, M. G. B. De heróis e de Mártires: visões de mundo e acidente de trabalho no setor de rochas ornamentais. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol.10, n.1, p. 37-53, 2007.

ODONNE, I. et al. **Ambiente de Trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde; 10ª revisão.** 2 ed. São Paulo: EDUSP, 1995, v.1.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVAL, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A., S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, vol. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

POLDI, R. M. V. **Relação entre trabalho e necessidades de saúde de moradores adscritos a uma unidade de saúde da família do município da Serra – ES.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

RIBEIRO, M., C., S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNDA 2003. **Ciência e Saúde Coletiva.** Ano 11, vol. 4, p.1011-1022, 2006.

RIGOTTO, R. M. O homem e o trabalho. In: BUSCHINELLI, J. T.; ROCHA, L. E; RIGOTTO, R. M. **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e Trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1993.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** São Paulo: Médica e Científica, 1999.

SABADINI M. De S; VILLASCHI FILHO, A. **Arranjo produtivo de rochas ornamentais (mármore e granito)/ES**. Projeto de Pesquisa (em Arranjos e Sistemas Produtivos Locais e as Novas Políticas de Desenvolvimento Industrial e Tecnológico) - Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000.

SODRÉ, F. **O campo político da saúde do trabalhador. 2002**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

TEIXEIRA, R. F.; PACHECO, M. E. C. Pesquisa social e a valorização da abordagem qualitativa no curso de administração: a quebra de paradigmas científicos. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo: v.12, n.1, p. 55-68, jan./mar. 2005.

TOBAR, F; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública** – conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. 1 reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ZANDONADI, F. B. **Situação de Trabalho e Saúde entre cobradores de ônibus urbanos**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

WERNER, R.C.D. **Realidades e perspectivas da assistência à saúde do adulto trabalhador no município de Vitória – ES**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

ANEXOS

ANEXO A - FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



CERTIFICADO

O projeto de pesquisa “**Condições de Trabalho, Saúde e Acesso aos Serviços de Saúde dos Trabalhadores do Setor de Rochas Ornamentais, Moradores do Distrito de Itaóca Pedra/Cachoeiro de Itapemirim-ES**” do pesquisador responsável “**Luiz Henrique Borges**” foi analisado e julgado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o Projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, na reunião do CEP de 26/02/2008.

Este projeto não poderá sofrer modificações sem o prévio conhecimento e autorização deste CEP. Cabe lembrar ainda que o pesquisador responsável tem a obrigação de elaborar e apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP em 26/02/2009.

Vitória, 26 de Fevereiro de 2008.

Prof. Dr. Elisardo Corral Vasquez

Dr. Elisardo C. Vasquez
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM



Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM
Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES - CEP: 29045-402
Tel.: (27) 3334-3510 • www.emescam.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARTA DE ESCLARECIMENTO AO TRABALHADOR



Caro trabalhador,

Venho, através desta comunicação, solicitar a sua participação na pesquisa: **“Condições de trabalho, saúde e acesso aos serviços de saúde dos trabalhadores da indústria de rochas ornamentais moradores do distrito de Itaóca Pedra - Cachoeiro de Itapemirim/ES”**.

A importância do estudo se resume em trazer informações que visam a mobilizar discussões acerca das condições de saúde, trabalho e acesso aos serviços de saúde, o que poderá contribuir com a modificação e melhoria dessas condições.

A presente pesquisa é vinculada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – PPGASC, da Universidade Federal do Espírito Santo, que desenvolve pesquisas em diversas áreas da saúde pública - dentre elas, a Saúde do Trabalhador.

Informo também que o Sindicato do Mármore, Granito e Calcário do Espírito Santo (SINDIMARMORE) está ciente e apóia a realização dessa pesquisa.

A coleta de dados acontecerá a partir do preenchimento de um questionário, por um entrevistador treinado, que irá comparecer no domicílio dos trabalhadores.

Essa coleta de dados acontecerá, de preferência, nos finais de semana (sábados e domingos), durante os meses de julho e agosto, considerando que os trabalhadores possivelmente não se encontram em suas casas durante o dia, no decorrer da semana, em função de suas atividades de trabalho.

Os dados obtidos junto aos trabalhadores serão submetidos a uma análise acadêmica, que ao final produzirá uma dissertação de mestrado que será apresentada ao PPGASC/UFES,

aos trabalhadores, ao SINDIMARMORE e à Secretaria de Saúde do município de Cachoeiro de Itapemirim.

A resposta às questões do questionário é voluntária e não gera nenhum tipo de remuneração ao entrevistado. As informações são confidenciais e serão analisadas somente pela equipe de pesquisadores, levando-se em consideração a participação de cada um no resultado final do conjunto dos trabalhadores entrevistados.

Para esclarecimento de qualquer dúvida acerca da presente pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (28) 98858714 ou Presidente do SINDIMARMORE – Gildo Abreu (28) 35211244.

Sua participação é essencial para o bom andamento do estudo.

Agradeço pela sua atenção e colaboração.

Marcela Almeida Baptistini - Mestranda / coordenadora da pesquisa

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DO ENTREVISTADO

Número: _____

Eu, _____,
autorizo de livre e espontânea vontade, após ser informado dos objetivos e da importância da pesquisa sobre as condições de trabalho, saúde e acesso aos serviços de saúde dos trabalhadores da indústria de rochas ornamentais, no distrito de Itaóca Pedra – Cachoeiro de Itapemirim/ES, que minha entrevista seja utilizada para a execução do estudo.

Itaóca Pedra, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistador: _____

APÊNDICE C – FORMULÁRIO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGASC**

Número: _____

I CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E DO DOMICÍLIO

1 Idade: _____ anos

2 Cor: (auto-referida)

- () Branca
() Preta
() Parda
() Amarela
() Indígena
() Não declarada

3 Procedência (local de nascimento):

- () Itaóca Pedra
() Município de Cachoeiro
() Outros Municípios/Estados

4 Anos de estudo: _____ anos

Obs: não considerar repetições

5 Estado civil:

- () Solteiro
() Casado ou vive maritalmente com alguém
() Viúvo
() Divorciado, desquitado ou separado

6 Número de pessoas que moram em sua casa, contando você: _____

7 Quantas pessoas em sua família dependem financeiramente de você? (incluindo o entrevistado)

Nº _____

8 Você realiza alguma outra atividade de trabalho (além do trabalho com carteira assinada) para complementar a renda familiar?

- () Sim. Qual? _____
() Não

9 Domicílio:

Alvenaria () Madeira ()

Próprio () Alugado ()

10 Na sua rua são disponibilizados:

Coleta de lixo	Sim ()	Não ()
Rede de esgoto	Sim ()	Não ()
Calçamento	Sim ()	Não ()
Eletricidade	Sim ()	Não ()
Água tratada	Sim ()	Não ()

11 Antes de trabalhar na indústria de rochas ornamentais, qual era a sua atividade de trabalho?

() Nenhuma

() Rural (agropecuária)

() Comércio

Outra(s)? _____

II MORBIDADE REFERIDA E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

12 Como você avalia o seu estado de saúde?

() Muito bom

() Bom

() Regular

() Ruim

() Muito ruim

13 Você possui algum plano de saúde?

() Sim () Não

14 Esse plano de saúde é:

() Particular

() Empresarial

Outros? _____

NOS 15 DIAS ANTERIORES À PESQUISA

15 Você apresentou algum problema de saúde nos últimos 15 dias?

() Sim () Não

16 Qual(is) foi(ram) esse(s) problema(s) de saúde?

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

17 Você acha que esse(s) problema(s) de saúde está(ão) relacionado(s) com alguma atividade que realiza em seu ambiente de trabalho?

() Sim () Não

18 Quais aspectos do seu trabalho podem estar relacionado a esse(s) problema(s)?

19 Algum desses problemas de saúde fez que você necessitasse de afastamento do trabalho?

() Sim () Não

Se sim:

20 Qual(is) dele(s)? _____

21 Por quanto tempo? _____ dias

22 Você procurou atendimento para esse(s) problema(s) de saúde?

() Sim () Não. Por quê? _____

Se sim:

23 Onde procurou atendimento?

() Parentes ou vizinhos

() Farmácia

() Posto ou centro de saúde

() Pronto atendimento público de Itaóca Pedra

() Pronto socorro ou emergência públicos fora de Itaóca Pedra

() Hospital público

() Unidade de Saude da Família de Itaóca Pedra

() Sindicato da categoria

() Consultório médico particular

() Ambulatório ou consultório da empresa

() Pronto socorro ou emergência particular

() Hospital particular

Outros? _____

24 Você conseguiu ser atendido?

() Sim () Não. Por quê? _____

25 O profissional de saúde que lhe atendeu (enfermeiro, médico ou outro) fez alguma relação entre o seu problema de saúde e o seu trabalho?

() Sim () Não

26 Após o atendimento inicial, você foi encaminhado para outro estabelecimento de saúde?

() Sim. Qual: _____

() Não

27 Você conseguiu ser atendido nesse serviço a que foi encaminhado?

() Sim () Não. Por quê? _____

28 Se sim, o seu problema foi resolvido?

() Sim () Não. Por quê? _____

29 Quem pagou o atendimento recebido?

- () SUS
() Empresa
() Plano de saúde
() Sindicato
() Próprio trabalhador

Outros? _____

NOS 12 MESES ANTERIORES À ENTREVISTA:

30 Você possui alguma doença que tenha o acometido várias vezes nos últimos 12 meses e que tenha o levado a procurar atendimento?

Obs: Mesmo que não tenha se manifestado no último mês.

- () Sim. Qual (is)? _____
() Não

31 Você faz acompanhamento periódico em decorrência dessa doença?

- () Sim () Não. Por quê? _____

Se sim:

32 Onde você faz esse acompanhamento?

- () Farmácia
() Posto ou centro de saúde
() Pronto atendimento público de Itaóca Pedra
() Pronto socorro ou emergência públicos fora de Itaóca Pedra
() Hospital público
() Unidade de Saúde da Família de Itaóca Pedra
() Sindicato da categoria
() Consultório médico particular
() Ambulatório ou consultório da empresa
() Pronto socorro ou emergência particular
() Hospital particular

Outros? _____

33 Alguma(s) dessas doenças o deixa incapacitado para o trabalho?

- () Sim. Qual? _____
() Não

34 Você relaciona essa doença com alguma atividade desenvolvida no seu trabalho?

- () Sim. Qual? _____
() Não

35 Você faz uso contínuo de alguma medicação para o controle dessa(s) doença(s)?

- () Sim () Não

36 Como adquiriu essa medicação?

- () Farmácia particular
() Farmácia pública – posto de saúde ou outros
() Igreja

Outros? _____

37 Você já sofreu algum acidente de trabalho?

- () Sim. Como foi? _____
() Não

Se sim:

38 Foi emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)?

- () Sim () Não () Não sei

39 Você utiliza os serviços de saúde oferecidos pela Unidade de Saúde da Família do distrito?

- () Sim. Quais? _____
() Não. Por quê? _____

40 As ações de saúde oferecidas na Unidade de Saúde da Família satisfazem as suas necessidades de saúde?

- () Sim. Por quê? _____
() Não. Por quê? _____

41 Você acha que a Unidade de Saúde da Família poderia melhorar o seu atendimento ao trabalhador do setor de rochas ornamentais?

- () Sim () Não

Se sim:

42 Quais suas sugestões para que aconteça essa melhora?

- 1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

43 O acesso de sua casa ao serviço de saúde do distrito é:

- () Fácil.
() Difícil. Por quê? _____

44 Geralmente, quanto tempo você leva, em média, para ser atendido, contando desde o momento em que chegou ao serviço de saúde? _____ minutos

45 Você consegue dispensa do trabalho quando necessita de atendimento à saúde?

- () Sim () Sim, mas apenas com atestado () Não

46 Os serviços de saúde que você utiliza estão de acordo com suas expectativas?

- () Sim. Por quê? _____
() Não. Por quê? _____

47 Quando você procura os serviços de saúde você se sente respeitado pelos profissionais?

- () Sim.
() Não. Por quê? _____

III HÁBITOS DE VIDA

48 Você faz uso de bebidas alcoólicas?

() Sim

() Não

49 Com que frequência você bebe semanalmente?

() Menos de uma vez por semana (quinzenalmente ou mensalmente)

() Uma ou duas vezes por semana

() Três ou quatro vezes por semana

() Cinco ou seis vezes por semana

() Todos os dias

50 Você está fumando atualmente?

() Sim

() Não

51 Você faz atividade física (caminhada, bicicleta e outros) fora do trabalho?

() Sim

() Não

52 Você realiza atividades de lazer em seu tempo livre?

() Sim. Quais? _____

() Não. Por quê? _____

IV PERFIL DE INSERÇÃO/ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E CARGAS DE TRABALHO REFERIDAS

53 Profissão (de acordo com carteira de trabalho): _____

54 Há quanto tempo trabalha na indústria de rochas ornamentais? _____ anos

55 Há quanto tempo trabalha na empresa atual? _____ anos _____ meses

56 Qual(is) a(s) atividade(s) desenvolvida(s) pela empresa, no local onde trabalha?

() Extração

() Serragem

() Polimento

() Corte

() Moagem

Outras: _____

57 Função em que trabalha atualmente: _____

58 Há quanto tempo trabalha na atual função? _____ anos _____ meses

59 Há quanto tempo possui carteira assinada no setor de rochas ornamentais?
_____ anos _____ meses

60 Quantas horas você trabalhou na última semana trabalhada? N° de horas _____

61 Seu horário de trabalho é :

- () Fixo no período diurno
 () Fixo no período noturno
 () Em turnos alternados - escala (diurno e noturno)

62 Durante a jornada de trabalho você faz intervalos para lanches ou refeições?

- () Sim () Não

Quanto tempo: _____ minutos

63 Durante a jornada de trabalho você faz outras pausas que não sejam para alimentação?

- () Sim () Às vezes () Não

64 Você faz horas extras?

- () Sim () Não

65 Quantas horas extras você fez no último mês? _____

66 Alguma das situações abaixo estão presentes em seu trabalho:

	Sim	Às vezes	Não
Você tem autonomia na função que exerce?			
Você tem oportunidade para promoções na empresa?			
Você tem problemas com a chefia (discriminação, perseguição, discussões, controle excessivo, autoritarismo)?			
Os seus colegas de trabalho cooperam com você, na realização de suas atividades, quando necessário?			
Você se vê ameaçado por corte de pessoal, pela empresa e pelo desemprego?			
Você considera que recebe uma boa remuneração pelo trabalho que realiza?			
Você trabalha por produção pré-definida?			
O seu ritmo do trabalho é muito acelerado?			
Você faz improvisações no desenvolvimento das atividades?			
Existem treinamentos adequados para o exercício da função?			
Seu trabalho é reconhecido?			

67 Como você se sente ao sair do trabalho no final do expediente? _____

68 Durante a atividade de trabalho você se expõe à:

- Poeira () Sim () Não
 Ruído intenso () Sim () Não
 Umidade em excesso () Sim () Não
 Vibração intensa () Sim () Não
 Calor intenso () Sim () Não
 Excesso de claridade () Sim () Não
 Sol () Sim () Não

Chuva () Sim () Não

69 A empresa disponibiliza aos funcionários:

Instalações sanitárias () Sim () Não

Vestiários () Sim () Não

Refeitório () Sim () Não

Água filtrada para consumo () Sim () Não

70 Que tipo de transporte você utiliza mais comumente para ir e voltar do trabalho?

Pela empresa	Pelo trabalhador
Ônibus	A pé ou de bicicleta
Caminhão	Ônibus de rua
Carro aberto (camionetes e outros)	Carro
Outro. Qual?	Moto
	Outro. Qual?

71 Você considera que o seu transporte é feito de forma segura?

() Sim. Por quê? _____

() Não. Por quê? _____

72 Você já sofreu algum acidente no seu trajeto de ida e volta para o trabalho?

() Sim () Não

73 O que a empresa faz para proteger seus funcionários de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho? _____

74 A empresa disponibiliza Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os funcionários:

() Sim () Não

75 Você utiliza os EPIs disponibilizados pela empresa?

() Sim

() Não. Por quê? _____

76 Quais EPI a empresa disponibiliza:

() Óculos

() Capacete

() Máscara

() Protetor Auricular

() Avental

() Bota

() Luvas

Outros: _____

77 O que no seu trabalho você considera prejudicial a sua saúde?

78 Na empresa onde trabalha, os funcionários participam de reuniões para discutir os riscos à saúde e ambientais no ambiente de trabalho?

() Sim () Não

79 Você se sente valorizado pelo trabalho que realiza?

() Sim

() Às vezes

() Não. Por quê? _____

83 Você acha que o sindicato pode contribuir com a luta por melhores condições de trabalho e saúde para os trabalhadores do setor?

() Sim. Como? _____

() Não. Por quê? _____

Sinta-se à vontade, caso queira falar algo sobre seu trabalho ou sua saúde:

MUITO OBRIGADO POR COLABORAR COM A PESQUISA!

Data: _____

Entrevistador: _____.

APÊNDICE D - RELATÓRIO DE TESTES ESTATÍSTICOS APLICADOS PARA VERIFICAR RELAÇÕES ENTRE A VARIÁVEL OCORRÊNCIA DE PROBLEMA DE SAÚDE NOS 15 DIAS ANTERIORES À ENTREVISTA E AS VARIÁVEIS QUALITATIVAS

Tabela D1. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde nos últimos 15 dias			p-valor
			Sim	Não	Total	
Cor (auto-referida):	Branca	n	20	25	45	0,4925*
		%	44,44	55,56	100,00	
	Preta	n	20	25	45	
		%	44,44	55,56	100,00	
	Parda	n	43	51	94	
		%	45,74	54,26	100,00	
	Amarela	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
	Indígena	n	0	1	1	
		%	0,00	100,00	100,00	
	Não declarada	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
Total	n	85	102	187		
	%	45,45	54,55	100,00		
Estado civil:	Solteiro	n	18	27	45	0,3131*
		%	40,00	60,00	100,00	
	Casado ou vive maritalmente com alguém	n	66	71	137	
		%	48,18	51,82	100,00	
	Viúvo	n	0	2	2	
		%	0,00	100,00	100,00	
	Divorciado, desquitado ou separado	n	1	2	3	
		%	33,33	66,67	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela D 2. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde nos últimos 15 dias			p-valor
			Sim	Não	Total	
Auto-avaliação do estado de saúde	Muito bom	n	4	16	20	0,0000*
		%	20,00	80,00	100,00	
	Bom	n	38	68	106	
		%	35,85	64,15	100,00	
	Regular	n	37	18	55	
		%	67,27	32,73	100,00	
	Ruim	n	5	0	5	
		%	100,00	0,00	100,00	
	Muito ruim	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Plano de saúde	Sim	n	45	62	107	0,2804*
		%	42,06	57,94	100,00	
	Não	n	40	40	80	
		%	50,00	50,00	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela D 3. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde nos últimos 15 dias			p-valor
			Sim	Não	Total	
Utiliza os serviços de saúde oferecidos pela Unidade de Saúde da Família do distrito	Sim	n	41	43	84	0,4054*
		%	48,81	51,19	100,00	
	Não	n	44	59	103	
		%	42,72	57,28	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Satisfação com as ações de saúde oferecidas na Unidade de Saúde da Família	Sim	n	26	28	54	0,2297*
		%	48,15	51,85	100,00	
	Não	n	15	13	28	
		%	53,57	46,43	100,00	
	Não respondeu	n	0	2	2	
		%	0,00	100,00	100,00	
	Total	n	41	43	84	
		%	48,81	51,19	100,00	
Você acha que a Unidade de Saúde da Família poderia melhorar o seu atendimento ao trabalhador do setor de rochas ornamentais?	Sim	n	63	61	124	0,2194*
		%	50,81	49,19	100,00	
	Não	n	7	13	20	
		%	35,00	65,00	100,00	
	Não respondeu	n	7	13	20	
		%	35,00	65,00	100,00	
	Total	n	77	87	164	
		%	46,95	53,05	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela D 4. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde nos últimos 15 dias			p-valor
			Sim	Não	Total	
Uso de bebidas alcoólicas	Sim	n	31	50	81	0,0846*
		%	38,27	61,73	100,00	
	Não	n	54	52	106	
		%	50,94	49,06	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Fumando (atualmente)	Sim	n	13	16	29	0,9412*
		%	44,83	55,17	100,00	
	Não	n	72	86	158	
		%	45,57	54,43	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Faz atividade física fora do trabalho	Sim	n	27	40	67	0,2900*
		%	40,30	59,70	100,00	
	Não	n	58	62	120	
		%	48,33	51,67	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Atividades de lazer	Sim	n	56	74	130	0,3241*
		%	43,08	56,92	100,00	
	Não	n	29	28	57	
		%	50,88	49,12	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela D 5. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde nos últimos 15 dias			p-valor
			Sim	Não	Total	
Horário de trabalho	Fixo no período diurno	n	64	80	144	0,6316*
		%	44,44	55,56	100,00	
	Fixo no período noturno	n	7	8	15	
		%	46,67	53,33	100,00	
	Em turnos alternados - escala (diurno e noturno)	n	13	14	27	
		%	48,15	51,85	100,00	
	Não respondeu	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Intervalos para lanches ou refeições	Sim	n	83	98	181	0,6904**
		%	45,86	54,14	100,00	
	Não	n	2	4	6	
		%	33,33	66,67	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Horas extras	Sim	n	47	59	106	0,7261*
		%	44,34	55,66	100,00	
	Não	n	38	43	81	
		%	46,91	53,09	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela D 6. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde nos últimos 15 dias			p-valor
			Sim	Não	Total	
Autonomia na função que exerce	Sim	n	49	62	111	0,6595*
		%	44,14	55,86	100,00	
	Às vezes	n	12	10	22	
		%	54,55	45,45	100,00	
	Não	n	24	30	54	
		%	44,44	55,56	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Oportunidade para promoções na empresa	Sim	n	52	58	110	0,4564*
		%	47,27	52,73	100,00	
	Às vezes	n	1	3	4	
		%	25,00	75,00	100,00	
	Não	n	31	41	72	
		%	43,06	56,94	100,00	
	Não respondeu	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
Problemas com a chefia	Sim	n	2	5	7	0,6370*
		%	28,57	71,43	100,00	
	Às vezes	n	3	4	7	
		%	42,86	57,14	100,00	
	Não	n	80	93	173	
		%	46,24	53,76	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Cooperação dos colegas de trabalho, na realização de suas atividades, quando necessário	Sim	n	83	96	179	0,2729*
		%	46,37	53,63	100,00	
	Às vezes	n	1	2	3	
		%	33,33	66,67	100,00	
	Não	n	0	3	3	
		%	0,00	100,00	100,00	
	Não respondeu	n	1	1	2	
		%	50,00	50,00	100,00	
Total		n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela D 7. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde nos últimos 15 dias			p-valor
			Sim	Não	Total	
Ameaçado por corte de pessoal	Sim	n	13	8	21	0,2067*
		%	61,90	38,10	100,00	
	Às vezes	n	3	2	5	
		%	60,00	40,00	100,00	
	Não	n	69	92	161	
		%	42,86	57,14	100,00	
	Total	n	85	102	187	
	%	45,45	54,55	100,00		
Considera que recebe uma boa remuneração pelo trabalho	Sim	n	30	56	86	0,0531*
		%	34,88	65,12	100,00	
	Às vezes	n	6	7	13	
		%	46,15	53,85	100,00	
	Não	n	48	38	86	
		%	55,81	44,19	100,00	
	Não respondeu	n	1	1	2	
%		50,00	50,00	100,00		
Total	n	85	102	187		
	%	45,45	54,55	100,00		
Trabalho por produção pré-definida	Sim	n	12	16	28	0,2973*
		%	42,86	57,14	100,00	
	Às vezes	n	3	2	5	
		%	60,00	40,00	100,00	
	Não	n	68	84	152	
		%	44,74	55,26	100,00	
	Não respondeu	n	2	0	2	
%		100,00	0,00	100,00		
Total	n	85	102	187		
	%	45,45	54,55	100,00		
Ritmo do trabalho é muito acelerado	Sim	n	19	25	44	0,1917*
		%	43,18	56,82	100,00	
	Às vezes	n	22	16	38	
		%	57,89	42,11	100,00	
	Não	n	43	61	104	
		%	41,35	58,65	100,00	
	Não respondeu	n	1	0	1	
%		100,00	0,00	100,00		
Total	n	85	102	187		
	%	45,45	54,55	100,00		

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela D 8. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde nos últimos 15 dias			p-valor
			Sim	Não	Total	
Faz improvisações no desenvolvimento das atividades	Sim	n	28	32	60	0,7078*
		%	46,67	53,33	100,00	
	Às vezes	n	14	15	29	
		%	48,28	51,72	100,00	
	Não	n	43	54	97	
		%	44,33	55,67	100,00	
	Não respondeu	n	0	1	1	
		%	0,00	100,00	100,00	
Total	n	85	102	187		
	%	45,45	54,55	100,00		
Existem Treinamentos adequados para o exercício da função	Sim	n	30	47	77	0,3268*
		%	38,96	61,04	100,00	
	Às vezes	n	1	1	2	
		%	50,00	50,00	100,00	
	Não	n	54	54	108	
		%	50,00	50,00	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
O trabalho é reconhecido	Sim	n	72	90	162	0,2584*
		%	44,44	55,56	100,00	
	Às vezes	n	7	3	10	
		%	70,00	30,00	100,00	
	Não	n	6	9	15	
		%	40,00	60,00	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela D 9. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde nos últimos 15 dias			p-valor
			Sim	Não	Total	
Expõe à poeira	Sim	n	59	84	143	0,0378*
		%	41,26	58,74	100,00	
	Não	n	26	18	44	
		%	59,09	40,91	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Expõe à ruído intenso	Sim	n	75	95	170	0,2456*
		%	44,12	55,88	100,00	
	Não	n	10	7	17	
		%	58,82	41,18	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Expõe à umidade em excesso	Sim	n	21	23	44	0,7292*
		%	47,73	52,27	100,00	
	Não	n	64	79	143	
		%	44,76	55,24	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Expõe à vibração intensa	Sim	n	53	63	116	0,9342*
		%	45,69	54,31	100,00	
	Não	n	32	39	71	
		%	45,07	54,93	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela D 10. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde nos últimos 15 dias			p-valor
			Sim	Não	Total	
Expõe ao Calor intenso	Sim	n	57	62	119	0,6516*
		%	47,90	52,10	100,00	
	Não	n	27	39	66	
		%	40,91	59,09	100,00	
	Não respondeu	n	1	1	2	
		%	50,00	50,00	100,00	
Total	n	85	102	187		
	%	45,45	54,55	100,00		
Expõe ao excesso de claridade	Sim	n	48	41	89	0,0265*
		%	53,93	46,07	100,00	
	Não	n	37	61	98	
		%	37,76	62,24	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Expõe ao sol	Sim	n	53	50	103	0,0707*
		%	51,46	48,54	100,00	
	Não	n	31	52	83	
		%	37,35	62,65	100,00	
	Não respondeu	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
Total	n	85	102	187		
	%	45,45	54,55	100,00		
Expõe à chuva	Sim	n	46	47	93	0,2260*
		%	49,46	50,54	100,00	
	Não	n	38	55	93	
		%	40,86	59,14	100,00	
	Não respondeu	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
Total	n	85	102	187		
	%	45,45	54,55	100,00		

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela D 11. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde nos últimos 15 dias			p-valor
			Sim	Não	Total	
A empresa disponibiliza Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os funcionários	Sim	n	85	99	184	0,2522**
		%	46,20	53,80	100,00	
	Não	n	0	3	3	
		%	0,00	100,00	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
Utiliza os EPIs disponibilizados pela empresa	Sim	n	84	99	183	0,4620**
		%	45,90	54,10	100,00	
	Não	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
	Total	n	85	99	184	
		%	46,20	53,80	100,00	
Os funcionários participam de reuniões para discutir os riscos à saúde e ambientais no ambiente de trabalho	Sim	n	65	78	143	0,7957*
		%	45,45	54,55	100,00	
	Não	n	16	21	37	
		%	43,24	56,76	100,00	
	Não respondeu	n	4	3	7	
		%	57,14	42,86	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	
O sindicato pode contribuir com a luta por melhores condições de trabalho e saúde para os trabalhadores do setor	Sim	n	73	87	160	0,9649*
		%	45,63	54,38	100,00	
	Não	n	10	13	23	
		%	43,48	56,52	100,00	
	Não respondeu	n	2	2	4	
		%	50,00	50,00	100,00	
	Total	n	85	102	187	
		%	45,45	54,55	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

APÊNDICE E - RELATÓRIO DE TESTES ESTATÍSTICOS APLICADOS PARA VERIFICAR RELAÇÕES ENTRE A VARIÁVEL OCORRÊNCIA DE PROBLEMA DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 12 MESES E AS VARIÁVEIS QUALITATIVAS

Tabela E 1. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde que tenha o acometido várias vezes nos últimos 12 meses			p-valor
			Sim	Não	Total	
Cor (auto-referida):	Branca	n	21	24	45	0,3145*
		%	46,67	53,33	100,00	
	Preta	n	23	22	45	
		%	51,11	48,89	100,00	
	Parda	n	38	56	94	
		%	40,43	59,57	100,00	
	Amarela	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
	Indígena	n	0	1	1	
		%	0,00	100,00	100,00	
	Não declarada	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
Total	n	84	103	187		
	%	44,92	55,08	100,00		
Estado civil	Solteiro	n	12	33	45	0,0096*
		%	26,67	73,33	100,00	
	Casado ou vive maritalmente com alguém	n	70	67	137	
		%	51,09	48,91	100,00	
	Viúvo	n	0	2	2	
		%	0,00	100,00	100,00	
	Divorciado, desquitado ou separado	n	2	1	3	
		%	66,67	33,33	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela E 2. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde que tenha o acometido várias vezes nos últimos 12 meses			p-valor
			Sim	Não	Total	
Auto-avaliação do estado de saúde	Muito bom	n	7	13	20	0,0000*
		%	35,00	65,00	100,00	
	Bom	n	32	74	106	
		%	30,19	69,81	100,00	
	Regular	n	39	16	55	
		%	70,91	29,09	100,00	
	Ruim	n	5	0	5	
		%	100,00	0,00	100,00	
	Muito ruim	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
Total	n	84	103	187		
	%	44,92	55,08	100,00		
Plano de saúde	Sim	n	43	64	107	0,1324*
		%	40,19	59,81	100,00	
	Não	n	41	39	80	
		%	51,25	48,75	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela E 3. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde que tenha o acometido várias vezes nos últimos 12 meses			p-valor
			Sim	Não	Total	
Utiliza os serviços de saúde oferecidos pela Unidade de Saúde da Família do distrito	Sim	n	49	35	84	0,0009*
		%	58,33	41,67	100,00	
	Não	n	35	68	103	
		%	33,98	66,02	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
Satisfação com as ações de saúde oferecidas na Unidade de Saúde da Família	Sim	n	29	25	54	0,4485*
		%	53,70	46,30	100,00	
	Não	n	19	9	28	
		%	67,86	32,14	100,00	
	Não respondeu	n	1	1	2	
		%	50,00	50,00	100,00	
	Total	n	49	35	84	
		%	58,33	41,67	100,00	
Você acha que a Unidade de Saúde da Família poderia melhorar o seu atendimento ao trabalhador do setor de rochas ornamentais?	Sim	n	69	55	124	0,0250*
		%	55,65	44,35	100,00	
	Não	n	8	12	20	
		%	40,00	60,00	100,00	
	Não respondeu	n	5	15	20	
		%	25,00	75,00	100,00	
	Total	n	82	82	164	
		%	50,00	50,00	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela E 4. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde que tenha o acometido várias vezes nos últimos 12 meses			p-valor
			Sim	Não	Total	
Uso de bebidas alcoólicas	Sim	n	36	45	81	0,9091*
		%	44,44	55,56	100,00	
	Não	n	48	58	106	
		%	45,28	54,72	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
Fumando (atualmente)	Sim	n	16	13	29	0,2272*
		%	55,17	44,83	100,00	
	Não	n	68	90	158	
		%	43,04	56,96	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
Faz atividade física fora do trabalho	Sim	n	23	44	67	0,0296*
		%	34,33	65,67	100,00	
	Não	n	61	59	120	
		%	50,83	49,17	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
Atividades de lazer	Sim	n	53	77	130	0,0848*
		%	40,77	59,23	100,00	
	Não	n	31	26	57	
		%	54,39	45,61	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela E 5. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde que tenha o acometido várias vezes nos últimos 12 meses			p-valor
			Sim	Não	Total	
Horário de trabalho	Fixo no período diurno	n	72	72	144	0,0247*
		%	50,00	50,00	100,00	
	Fixo no período noturno	n	4	11	15	
		%	26,67	73,33	100,00	
	Em turnos alternados - escala (diurno e noturno)	n	7	20	27	
		%	25,93	74,07	100,00	
	Não respondeu	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
Total	n	84	103	187		
	%	44,92	55,08	100,00		
Intervalos para lanches ou refeições	Sim	n	82	99	181	0,6923**
		%	45,30	54,70	100,00	
	Não	n	2	4	6	
		%	33,33	66,67	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
Horas extras	Sim	n	54	52	106	0,0582*
		%	50,94	49,06	100,00	
	Não	n	30	51	81	
		%	37,04	62,96	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela E 6. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde que tenha o acometido várias vezes nos últimos 12 meses			p-valor
			Sim	Não	Total	
Autonomia na função que exerce	Sim	n	52	59	111	0,7595*
		%	46,85	53,15	100,00	
	Às vezes	n	10	12	22	
		%	45,45	54,55	100,00	
	Não	n	22	32	54	
		%	40,74	59,26	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
Oportunidade para promoções na empresa	Sim	n	45	65	110	0,2395*
		%	40,91	59,09	100,00	
	Às vezes	n	1	3	4	
		%	25,00	75,00	100,00	
	Não	n	37	35	72	
		%	51,39	48,61	100,00	
	Não respondeu	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
Problemas com a chefia	Sim	n	2	5	7	0,6570*
		%	28,57	71,43	100,00	
	Às vezes	n	3	4	7	
		%	42,86	57,14	100,00	
	Não	n	79	94	173	
		%	45,66	54,34	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
Cooperação dos colegas de trabalho, na realização de suas atividades, quando necessário	Sim	n	81	98	179	0,0130*
		%	45,25	54,75	100,00	
	Às vezes	n	3	0	3	
		%	100,00	0,00	100,00	
	Não	n	0	3	3	
		%	0,00	100,00	100,00	
	Não respondeu	n	0	2	2	
		%	0,00	100,00	100,00	
Total		n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela E 7. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde que tenha o acometido várias vezes nos últimos 12 meses			p-valor
			Sim	Não	Total	
Ameaçado por corte de pessoal	Sim	n	10	11	21	0,7548*
		%	47,62	52,38	100,00	
	Às vezes	n	3	2	5	
		%	60,00	40,00	100,00	
	Não	n	71	90	161	
		%	44,10	55,90	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
Considera que recebe uma boa remuneração pelo trabalho	Sim	n	34	52	86	0,1375*
		%	39,53	60,47	100,00	
	Às vezes	n	5	8	13	
		%	38,46	61,54	100,00	
	Não	n	45	41	86	
		%	52,33	47,67	100,00	
	Não respondeu	n	0	2	2	
		%	0,00	100,00	100,00	
Trabalho por produção pré- definida	Sim	n	11	17	28	0,8364*
		%	39,29	60,71	100,00	
	Às vezes	n	3	2	5	
		%	60,00	40,00	100,00	
	Não	n	69	83	152	
		%	45,39	54,61	100,00	
	Não respondeu	n	1	1	2	
		%	50,00	50,00	100,00	
Ritmo do trabalho é muito acelerado	Sim	n	19	25	44	0,1650*
		%	43,18	56,82	100,00	
	Às vezes	n	22	16	38	
		%	57,89	42,11	100,00	
	Não	n	42	62	104	
		%	40,38	59,62	100,00	
	Não respondeu	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
Total		n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela E 8. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde que tenha o acometido várias vezes nos últimos 12 meses			p-valor
			Sim	Não	Total	
Faz improvisações no desenvolvimento das atividades	Sim	n	28	32	60	0,7004*
		%	46,67	53,33	100,00	
	Às vezes	n	12	17	29	
		%	41,38	58,62	100,00	
	Não	n	44	53	97	
		%	45,36	54,64	100,00	
	Não respondeu	n	0	1	1	
		%	0,00	100,00	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
Existem treinamentos adequados para o exercício da função	Sim	n	32	45	77	0,7390*
		%	41,56	58,44	100,00	
	Às vezes	n	1	1	2	
		%	50,00	50,00	100,00	
	Não	n	51	57	108	
		%	47,22	52,78	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
O trabalho é reconhecido	Sim	n	71	91	162	0,6032*
		%	43,83	56,17	100,00	
	Às vezes	n	6	4	10	
		%	60,00	40,00	100,00	
	Não	n	7	8	15	
		%	46,67	53,33	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela E 9. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde que tenha o acometido várias vezes nos últimos 12 meses			p-valor
			Sim	Não	Total	
Expõe à poeira	Sim	n	65	78	143	0,7910*
		%	45,45	54,55	100,00	
	Não	n	19	25	44	
		%	43,18	56,82	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
Expõe à ruído intenso	Sim	n	77	93	170	0,7449*
		%	45,29	54,71	100,00	
	Não	n	7	10	17	
		%	41,18	58,82	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
Expõe à umidade em excesso	Sim	n	21	23	44	0,6686*
		%	47,73	52,27	100,00	
	Não	n	63	80	143	
		%	44,06	55,94	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
Expõe à vibração intensa	Sim	n	56	60	116	0,2383*
		%	48,28	51,72	100,00	
	Não	n	28	43	71	
		%	39,44	60,56	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela E 10. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde que tenha o acometido várias vezes nos últimos 12 meses			p-valor
			Sim	Não	Total	
Expõe ao calor intenso	Sim	n	57	62	119	0,5303*
		%	47,90	52,10	100,00	
	Não	n	26	40	66	
		%	39,39	60,61	100,00	
	Não respondeu	n	1	1	2	
		%	50,00	50,00	100,00	
	Total	n	84	103	187	
%	44,92	55,08	100,00			
Expõe a excesso de claridade	Sim	n	45	44	89	0,1394*
		%	50,56	49,44	100,00	
	Não	n	39	59	98	
		%	39,80	60,20	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
Expõe ao sol	Sim	n	53	50	103	0,0498*
		%	51,46	48,54	100,00	
	Não	n	30	53	83	
		%	36,14	63,86	100,00	
	Não respondeu	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
	Total	n	84	103	187	
%	44,92	55,08	100,00			
Expõe à chuva	Sim	n	47	46	93	0,1852*
		%	50,54	49,46	100,00	
	Não	n	37	56	93	
		%	39,78	60,22	100,00	
	Não respondeu	n	0	1	1	
		%	0,00	100,00	100,00	
	Total	n	84	103	187	
%	44,92	55,08	100,00			

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

Tabela E 11. Teste Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (o mais apropriado)

			Problema de saúde que tenha o acometido várias vezes nos últimos 12 meses			p-valor
			Sim	Não	Total	
A empresa disponibiliza Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os funcionários	Sim	n	84	100	184	0,2538**
		%	45,65	54,35	100,00	
	Não	n	0	3	3	
		%	0,00	100,00	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
Utiliza os EPIs disponibilizados pela empresa	Sim	n	83	100	183	0,4565**
		%	45,36	54,64	100,00	
	Não	n	1	0	1	
		%	100,00	0,00	100,00	
	Total	n	84	100	184	
		%	45,65	54,35	100,00	
Os funcionários participam de reuniões para discutir os riscos à saúde e ambientais no ambiente de trabalho	Sim	n	65	78	143	0,9653*
		%	45,45	54,55	100,00	
	Não	n	16	21	37	
		%	43,24	56,76	100,00	
	Não respondeu	n	3	4	7	
		%	42,86	57,14	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	
O sindicato pode contribuir com a luta por melhores condições de trabalho e saúde para os trabalhadores do setor	Sim	n	70	90	160	0,4355*
		%	43,75	56,25	100,00	
	Não	n	11	12	23	
		%	47,83	52,17	100,00	
	Não respondeu	n	3	1	4	
		%	75,00	25,00	100,00	
	Total	n	84	103	187	
		%	44,92	55,08	100,00	

* p-valor referente ao Teste Qui-Quadrado

** p-valor referente ao Teste Exato de Fisher